Rok XXVI. Kraków, 1 Stycznia 1887. Nr. 1.

Redakcyja:
Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy
zwracają sie
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

ĆWIERĆ WIEKU.

Wędrowiec, odpoczywający po przebyciu drogi żmudnej, zastanawia się nad kolejami, które go czekają w dalszym pochodzie, ale niemniej rozmyśla przygody już doznane, aby z doświadczenia nabytego korzystać na przyszłość. I myśmy przebyli drogę daleką, gdzieniegdzie ciernistą, i nam więc godzi się, doszedłszy do pewnego kresu, rozpatrzyć się w swojém przedsięwzięciu, rozpamiętywać czas miniony i drogę, która leży za nami, oraz odgadywać, co nam przyszłość rokuje. Ćwierć wieku, to chwila tylko w dziejach ludzkości, ale w naszém położeniu wyjątkowém jestto okres długi, obfity w rozmaite doświadczenia, ducha naprzemian pokrzepiające i przygnębiające. A jeżeli pomimo tych doświadczeń przedsiębiorstwo skromne i uczciwe nietylko utrzymać się przy życiu zdołało, ale z małych początków powstawszy zwycięsko przebyło wszystkie słabości wieku dziecięcego i pomimo niebezpieczeństw, grożących wiekowi jego młodocianemu, urosło nad nasze spodziewanie, spoważniało, i nietylko śród podobnych krajowych ale i zagranicznych poważne zajęło stanowisko, — to radosném przejęci jesteśmy przeświadczeniem, że usiłowania nasze nie były daremne, skoro wydały plon zdrowy i wstępuje w nas otucha, że i przyszłość nie będzie gorszą a może nawet i lepszą, jeżeli nie zwolnimy kroku, jeżeli praca wytrwała i nadal będzie hasłem naszém.

Bez szumnéj zapowiedzi, bez górnolotnego programu, cicho a skromnie, prawie nieśmiało, pojawił się przed 25 laty Przegląd Lekarski. Wydawany staraniem Oddziału nauk przyrodniczych i lekarskich Towarzystwa naukowego krakowskiego, za inicyjatywą głównie proff. Dietla i Bryka, i za współudziałem proff. Majera i Skobla, ukazał się w chwili dla nas pamiętnéj. Minęło było zaledwie kilka miesięcy, odkąd z łaski miłościwie nam panującego Cesarza i Króla język ojczysty odzyskał swoje prawa w Uniwersytecie Jagiellońskim, a już zaczęto krzątać się koło założenia organu, mającego skupiać skromne i nieliczne prace, które do owego czasu znajdowały przytułek w rocznikach Tow. Naukowego lub w pismach warszawskich, a co ważniejsza, otwarcie mówiąc, mającego wyrabiać dopiero potrzebę zdawania sprawy z prac i spostrzeżeń, a więc stworzyć piśmiennictwo lekarskie, w naszej przynajmniej dzielnicy odłogiem leżące. Wprawdzie każde czasopismo naukowe jest poniekąd zwierciadłem, w którém wiernie odbija się ruch piśmienniczy pewnego czasu i miejsca, ale w warunkach naszych czasopismo nowe musiało stworzyć dopiero ruch, który miało odźwierciedlać. Ono samo musiało zagrzewać dopiero do zapasów piśmienniczych pokolenie dłuższą bezczynnością otrętwiałe, pokolenie, które kształcone w języku sobie obcym, wprawdzie go sobie nie przyswoiło, ale za to odwykło od uprawiania nauk w mowie ojczystej, — musiało kształcić pracowników i czuwać troskliwie nad pierwszemi krokami na tém nowém dla nich polu. To téż roczniki Przeglądu Lekarskiego są pouczającemi obrazami tego ruchu, zrazu nader powolnego i chwiejnego, następnie atoli coraz żywszego i pewniejszego, coraz bardziéj podążającego za ogólnym ruchem w świecie naukowym, a wreszcie od lat wielu statecznie dotrzymującego mu kroku. Stojąc na straży czystości i poprawności języka, ustalając słownictwo lekarskie, przestrzegając sumiennie i statecznie zasad przyzwoitości, słuszności, a broniąc godności stanu, Przegląd Lekarski nietylko sam postępował i poważniał, wierny zasadzie: *docendo discimus,* ale nadto powoli a wytrwale dążył do urzeczywistnienia zasady *discendo docebimus!* To też spoglądając wstecz na 25-letnią czynność swoją z dumą wskazać może poważny poczet dzielnych pracowników, którzy w jego szkole kształcić się zaczęli w zawodzie pisarskim, a obecnie zaliczają się do ozdób naszego piśmiennictwa lekarskiego. Był więc Przegląd Lekarski rzeczywistą szkołą praktyczną, a jak tworzenie szkoły

słusznie uchodzi za szczyt działania nauczyciela, tak tuszymy sobie, że ktokolwiek bez uprzedzenia rozpatrzy żywot pisma naszego, choćby surowo oceniał wady, od których nie jest wolne, nie odmówi mu przynajmniej tej zasługi w obec kraju i piśmiennictwa naszego.

Nie podobna nam w tej chwili uroczystej wymienić wszystkich tych kolegów życzliwych, którzy na tę zasługę Przeglądu Lekarskiego radą, poparciem i pracą się składali, ale niechaj nam będzie wolno, wynurzyć im tu ogólne a szczere podziękowanie. Niestety wielu z nich już nie ma pomiędzy nami; oddając hołd ich zasługom, w małej tylko części wywięzujemy się z długu wdzięczności.

Przez pierwszych lat 10 Towarzystwo Naukowe z ojcowską troskliwością czuwało nad powodzeniem Przeglądu Lekarskiego, reprezentowane przez proff. Bryka, Dietla, Madurowicza, Majera, Oettingera i Rydla, oraz Drów Lutostańskiego i Zieleniewskiego. Z przeobrażeniem się atoli Towarzystwa w Akademiję Umiejętności byt Przeglądu Lekarskiego był chwilowo zagrożony; przez rok jeden wydawany przez Drów Grabowskiego, Janikowskiego i Lutostańskiego przeszedł wreszcie na własność Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, które trafnie uznało, że podtrzymywanie czasopisma jest jeduém z najważniejszych jego obowiązków i zadań, choćby, jak się zdawało, połączone ze znacznemi ofiarami materyjalnemi. Zabiegliwości Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, popartego nader skutecznie przez Towarzystwo Lekarzy galicyjskich we Lwowie, które Przegląd Lekarski obrało swoim organem, oraz usilnéj pracy dawniejszych jego redaktorów głównych proff. Oettingera i śp. Janikowskiego, zawdzięczyć należy, że pismo nasze stanęło na silnej podstawie, że nietylko bez żadnéj subwencyi teraz się obywa, ale jest w stanie wynagradzać współpracowników, oraz przyczynić się do znacznego wydatku na »Spis autorów i rzeczy zawartych w 25-rocznikach«, którym Towarzystwo Lekarskie na pamiątkę jubileuszu swego organu darzy wszystkich prenumeratorów.

Mówiąc o pomyślnym rozwoju Przeglądu Lekarskiego Komisyja redakcyjna nie może bez ubliżenia zasadom prostéj sprawiedliwości przemilczeć o dziesięcioletnich znakomitych zasługach głównego redaktora prof Blumenstoka, które przeważnie na powodzenie czasopisma wpłynęły. Wyrazić publicznie choćby krótką wzmianką wdzięczne uznanie dzielnemu kierownikowi, jest świętym obowiązkiem, domagającym się spełnienia mimo względu na skromność kolegi, którym jedynie powodowana wstrzymuje się Komisyja redakcyjna od wyszczególnienia licznych jego zasług, ale przytłumić nie może szczerego tu wyznania, że obecny redaktor jest głównym filarem Przeglądu Lekarskiego i dzielną sprężyną jego pomyślnego rozwoju.

Sursum corda! W przeświadczeniu, żeśmy dopełnili obowiązku swego i że bez zarumienienia się możemy poddać ocenie kolegów i współobywateli czynność swoją dotychczasową, puszczamy w świat niniejszy numer, rozpoczynający drugą ćwierć wieku istnienia Przeglądu Lekarskiego. Oby poważna ilość prac autorów, chlubnie w naszém i obcém piśmiennictwie znanych, była zapowiedzią pomyślnéj przyszłości a zadatkiem życzliwości i opieki, którą i nadal koledzy nasi otaczać zechcą najstarszy z wychodzących obecnie polskich tygodników lekarskich. Niech pierwszy ten numer będzie rękojmią, że pomimo dłuższego żywota nie starzejemy się wcale, lecz z wytężeniem wszystkich sił swoich chcemy iść naprzód, ciągle naprzód, ku pożytkowi nauki i chwale piśmiennictwa naszego, bo dobro ich głównie mieliśmy i mamy na celu! Dzięki rozwojowi naszego Wydziału Lekarskiego i naszych zakładów leczniczych posiadamy spory zapas sił własnych; nie myślimy jednak wcale opierać się wyłącznie na siłach miejscowych, lecz staraniem naszém będzie, kojarzyć wszystkie rozstrzelone siły rodaków, a zgodnie z prawem gościnności i nadal pracom zamiejscowym użyczać będziemy pierwszeństwa przed miejscowemi, bo niczego żywiéj nie pragniemy nad to, aby w Przeglądzie Lekarskim odbijały się prace rodaków — lekarzy, gdziekolwiek bądź żyjących i naukowo pracujących. Nie wkraczamy przez to bynajmniej w zakres innych czasopism lekarskich, którym, jako do wspólnego z nami celu zdążającym, z całego serca najlepszego życzymy powodzenia, nie odmawiając im wcale podobnego prawa skupiania sił rozdrobnionych, prawa, wypływającego ze wspólnego zadania.

Jak z ropoczęciem wydawnictwa, tak i teraz, wstępując w nowy okres, nie zapowiadamy żadnego programu. Powiodło nam się bez niego, powiedzie się, da Bóg, i nadal, skoro chęci są dobre a sił nie braknie. Wiemy z doświadczenia, że czasopismo, zdala od wszelkiego doktrynerstwa, naginać się winno i stósować do potrzeb czytelników, a potrzeby ich są zmienne, według czasu, stósunków i warunków, w których żyjemy. Jak dotąd staraliśmy się czynić zadość tym potrzebom, w miarę, jak nam na nie zwracano uwagę, tak i w przyszłości chętnie damy posłuch radom życzliwych Przeglądowi kolegów i orędowników, a idąc za wskazówką doświadczonych naszych lekarzy rządowych otworzymy nowy dział, poświęcony »Higijenie, Epidemijologii i Policyi lekarskiéj,« i uwzględniać odtąd będziemy więcéj ważne kwestyje z tego zakresu, które dotychczas dla braku miejsca i współpracowników traktowaliśmy tylko pobieżnie.

W imię Boże więc przystępujemy do dalszéj pracy, a gwiazdą naszą przewodnią będzie godło monarsze: *Viribus unitis!*

Komisyja Redakcyjna Przeglądu Lekarskiego.

Kraków dnia 1. Stycznia 1887.

I. Słówko w przedmiocie leczenia błonicy.

Napisał

Dr. Kaczorowski.

Jeżeli w tym jubileuszowym Nrze „Przeglądu Lekarskiego“ czyniąc zadosyć zaszczytnemu wezwaniu Redakcyi, śmiem także wystąpić z kilku uwagami tyczącemi się postępowania leczniczego w błonicy, przedmiotu tylokrotnie i ciągle omawianego, proszę się nie spodziewać, jakobym przychodził mając w zanadrzu jaki nowy specyfik przeciwko téj strasznéj chłoście rodu ludzkiego, albo jakobym się kusił choćby o rozbiór krytyczny podanych, dotąd tak licznych zwalczania jéj metod, o których nieuprzedzone doświadczenie zawsze ten sam niestety wydaje wyrok, że żadna z nich nie usprawiedliwia głoszonych obietnic. Zabierając głos w tak ważnéj sprawie, chciałbym tylko zwrócić uwagę, czegoby w leczeniu błonicy robić nie należało.

Według zdania mojego terapija dyfteryi od samego początku niekoniecznie odpowiedni wytknęła sobie cel, a raz wszedłszy na manowiec, pomimo rozświecających tu i owdzie wskazówek, na prostą drogę skierować się nie może. Przyczyną przeoczenia właściwéj drogi było i jest mięszanie krupu z dyfteryją, czyli dławca z błonicą krtani. Ponieważ główne niebezpieczeństwo w dławcu pochodzi z grożącego uduszeniem zwężenia krtani, rzecz oczywista, że wszystkie zabiegi lecznicze zwróciły się ku usiłowaniom rozpuszczania i wydalania ścieśniających jéj światło wysięków błoniastych. Pierwotny dławiec w kraju naszym obecnie należy do białych kruków; natomiast zagnieździły się bardzo zjadliwe epidemije błonicy (według zdania mojego płonicy bez wysypki), która początkowo rozwijając się w połyku, dość często wprawdzie zstępuje także do krtani, wywołując wtedy podobne jak w dławcu objawy. Świadomość więc tego najgroźniejszego niebezpieczeństwa zapchania krtani, skłoniła lekarzy do wytężenia również wszystkich sił, aby usunąć albo zniszczyć złogi błonicowe, pokrywające na wstępie choroby migdałki, łuki podniebienne i inne części połyku, a tém samém nie dopuścić rozszerzenia ich ku dołowi i zajęcia najważniejszego punktu strategicznego, za jaki w téj walce uważana jest krtań. Jakkolwiek anatomija patologiczna dawno już wyświeciła różnicę zachodzącą między dławcem a błonicą, jakkolwiek patologowie uznają odmienny charakter patogenetyczny obu spraw chorobowych, zapalny i septyczny, których przyczynę nawet spółczesne badania bakteryjologiczne odkryły w postaci oddzielnych, drobnych ustrojów, zdwojono jeszcze usiłowania zniszczenia przedewszystkiém pasorzytów, owe złogi błonicowe wywołujących. Za pierwszém więc ukazaniem się nalotów błonicowych w połyku próbowano je uprzątnąć, bądź środkami mechanicznémi, bądź roślinnémi, bądź też chemicznémi, których siłę rozpuszczającą po za ustrojem mierzono, a zanim jeszcze zdołano wyśledzić na pewno grzybek wywołujący błonicę, już cały zastęp leków trujących drobne ustroje wyprowadzono do walki przeciw złogom błonicowym, kierując się przeważnie taktyką, jaką zmienną powodzeń koleją wyrobiła sobie chirurgija w zabiegach antyseptycznych.

Według najnowszych wszakże badań bakteryjologicznych w błonicy nie z jednym tylko wrogiem rozprawiać się przychodzi. Nie tylko bowiem Loeffler już przed kilku laty znalazł w błonach błonicowych laseczniki, które uważał za istotną przyczynę błonicy, a obok nich mikrokoki, o których mniemał że są wyrazem zakażenia wtórnego, ale do tego samego wyniku doszli Crooke, a za nim Fraenkel i Freudenberg w błonicy towarzyszącéj płonicy z tém jeszcze wyszczególnieniem, że owe mikrokoki, zcharakteryzowane jako *streptococcus pyogenes Rosenbachi*, napotykają się wyłącznie w wszystkich narządach wewnętrznych w przebiegu płonicy zajętych, zacząwszy od nacieczonych gruczołów podszczękowych, że one nie mają swoistego związku z sprawą płonicową, ale są produktem wtórnego zakażenia, do którego usposabia zajęcie błonicowe połyku.

Z tego wszystkiego wynika więc, że w błonicy, tak samoistnéj, jak występującéj w płonicy, z dwoma mamy do czynienia zakażeniami, pierwszorzędném błonicowém, a wtórorzędném septyczném.

Pierwsze, dopóki jest ograniczone do połyku, bezpośrednio wcale choremu zagrażać nie może, chyba, że w dalszym przebiegu choroby przejdzie na drogi oddechowe, mianowicie na krtań, wywołując złowrogie zwężenie jéj światła. Ponieważ według doświadczeń Loefflera, na zwierzętach dokonywanych, przeniesienie laseczników na zdrowe błony śluzowe pozostaje bez szkodliwych następstw, a dopiero wobec uszkodzonych nabłonków wywołuje rozwój złogów błonicowych, zabiegliwość więc zmierzająca do powstrzymania dalszego szerzenia się laseczników nie powinna być skierowaną ku usunięciu albo zniszczeniu gotowych już złogów błonicowych, gdyż podobne usiłowania bez nadwerężenia ościennych, zdrowych jeszcze nabłonków żadną miarą obejść się nie mogą, ale raczéj wszystkie siły skupiać należy około ocalenia przytykających obszarów błony śluzowéj. Dom w płomieniach stojący, ile że podrzędnéj wartości, poświęcić, bo przygaszony chwilowo ogień, tak samo jak usunięte naloty, zawsze się odnawia, sąsiednie zaś cenniejsze gmachy od zajęcia się ogniem chronić należy. Wszak już dość dawno ostrzegali niektórzy autorowie przed przyżegiwaniem złogów błonicowych za pomocą środków żrących, n. p. silnych roztworów azotanu srebra, spostrzegłszy bezpośrednio potém pogorszenie całéj choroby, zrozumiałe, jeżeli się zważy, jak trudno, mianowicie u niespokojnych dzieci, w obec każdego rękoczynu w gardle, ograniczyć zastósowany środek wyłącznie do zajętego błonicą miejsca. Tymczasem wykrycie obok laseczników drugiego jeszcze nieprzyjaciela w błonicy, ustawionego po za nim w drugiéj linii, a daleko jeszcze groźniejszego od pierwszego, bo zdolnego do podminowania najważniejszych wewnętrznych narządów ustroju, powinno zwrócić baczność

obrony głównie w tę stronę walki. Hufce bowiem laseczników, groźne dopiero w dalszym pochodzie, dopóki nie zburzą pierwszego pierścienia obronnego w okopach nabłonkowych, gotowe nawet wcale nie dopuścić streptokoków do akcyi, zasłaniając sobą przystęp do twierdzy — innemi słowy, jeżeli nekroza koagulacyjna, wywołana laseczznikami, nie sięga głębiéj po za warstwę nabłonkową błony śluzowéj, zdolna do pewnego stopnia zabezpieczyć od septycznego rozkładu tkanek i dalszych téj groźnéj sprawy następstw.

Przed kilku tygodniami spostrzegałem znowu taki przypadek u 30-letniego silnego rzemieślnika, który z powodu bólu gardła z lekkiém niedomaganiem, szukając porady u lekarza cechowego, natychmiast odesłany został do zakładu Szarytek z powodu stwierdzonéj dyfteryi połyku. W rzeczy saméj zastałem na obu migdałkach, łukach podniebiennych i na języczku na zaczerwienionem tle błon śluzowych zbitą, biało szarawą błonę szczelnie przylegającą do podstawy i tkankę łączną, gruczoły podszczękowe lekko nabrzmiałe, ciepłotę niżej 39°, zresztą żadnych zboczeń. Zaleciwszy olej rącznikowy na przeczyszczenie i rozczynu soli kuchennéj 1% z nastojem jodu 0,5%, co ¼ godziny po ½ łyżki stołowéj, znalazłem dnia następnego ciepłotę prawidłową, złogi błonicowe na migdałkach jakby trochę cieńsze, zresztą wcale niezmienione, zaczerwienienie tylko otaczających błon śluzowych trochę słabsze, naciek gruczołów podszczękowych mniejszy. Trzeciego dnia chory, czując się zupełnie zdrowym, pragnie zakład opuścić; złogi wszakże błonicowe jeszcze zajmują dawną przestrzeń i prawie niepostrzeżenie, jak topniejący pokład śniegu, stając się coraz cieńszemi, kurczyły się zwolna tak, że dopiero 7go dnia resztki ostatnie z języczka znikły, zostawiając błonę śluzową wszędzie prawidłową. Zazwyczaj jednak złogi błonicowe, tracąc swą łączność, szybko się rozpadają i barwą brudną, cuchnieniem zdradzają charakter septyczny. Okalająca błona śluzowa nabrzmiewa odczynowém zapaleniem, a w środku powstaje zgniłe owrzodzenie tém głębsze, im grubsza warstwa pod natarciem laseczników odrazu uległa martwinie. Streptococcus rozpoczął swe dzieło zniszczenia; na próżno posuwającego się daléj po różnych szlakach powstrzymują najbliższe gruczoły chłonne, on daléj nurtując w kanałach odżywczych, pustoszy wewnętrzne narządy, dopóki całego ustroju nie zburzy. Zanim to wszakże nastąpi, zbyt często pierwotne zapalenie połyku, roztaczając coraz szersze koła po rozstępującéj się od żaru gorączki, a nadto zatruwanéj posoką z wrzodów błonie śluzowéj, odkrywa obu napastnikom przystęp do dróg oddechowych, a zapchanie krtani ich wytworami odrazu ofiarę zabija.

Oto obraz kampanii, z któréj, jak wiadomo, przy zbyt gromadném uderzeniu tak jednego, jak drugiego nieprzyjaciela napadnięty ustrój rzadko wychodzi zwycięsko. Obrona przeciw mniéj licznym wrogom może mieć szansę, ale w odpornéj a niezaczepnéj taktyce. Laseczniki ugrzęzłe w złogach błonicowych zostawmy w spokoju, bo gwałtowniejsze poruszenie może je wyswobodzić ku dalszéj walce, a streptokokom przysporzyć tylko terenu. Przeciw rozsypującym się w dalszym pochodzie ku krtani lasecznikom najskuteczniejszą jeszcze kłaść będziemy zaporę, zasilając i chroniąc od jakiegobądź uszkodzenia okopy błony śluzowéj w nabłonkach, a zarazem oczyszczając nieprzerwanie całe pole walki z błąkających się tak jednych jak drugich niedobitków a ku temu celowi winno się ustawicznie zraszać cały połyk tak ku dołowi jak ku górze, jeśli się tam nieprzyjaciel ukaże, płynem ujaławiającym, niedrażniącym i wolnym od wszelkich ubocznych szkodliwości, który ze względu, że płukaniem nie dosięże głębszych części połyku, przez usta do żołądka, a w razie potrzeby przez nos podawać należy. Bardzo zbawienne, jak wiadomo, oddaje w tém zadaniu usługi rozczyn chloranu potasowego, którego działanie spotęgowali jeszcze Hejder i Focke, podawaniem po każdéj dawce równéj ilości kwasu solnego. Od czasu publikacyi dość licznych przypadków otrucia chloranem potasowym, używam od wielu lat w celu ujaławienia górnych przewodów pokarmowych wzmiankowanego już wyżéj rozczynu soli kuchennéj z jodyną i uważam tę kombinacyję za wystarczającą także w błonicy do ustawicznego oczyszczania pola chorobą zajętego, ile że używanie jéj, przez kilka nawet tygodni, żadnéj widocznéj szkody nie sprawia. Na początku choroby podaję co kwadrans ½—1 łyżki stołowéj rozczynu soli kuchennéj 1% *Tra. Jodi* 0,5% przez usta, w razie zajęcia nosa rozczyn o połowę słabszy przez nozdrza za pomocą irygatora co parę godzin łagodnie zapuszczam.

W obec odkrytych owrzodzeń błonicowych i objawów septycznych przywołać nadto trzeba do pomocy silniejsze środki przeciwgnilne, dodające zarazem ducha ustrojowi w walce z streptokokami, a do téj kategoryi leków zaliczyłbym obok czystego wyskoku leki przeciwgnilne grupy aromatycznéj, z pomiędzy których kamforze i kwasowi bedźwinowemu oddałbym pierwszeństwo.

Na tém miejscu uważam sobie za obowiązek ostrzedz przed zastosowaniem w błonicy przetworów rtęciowych, które dzięki chwilowemu powodzeniu swojemu w chirurgii, aczkolwiek opłakiwanemu już dość licznemi ofiarami, w medycynie wewnętrznéj zmartwychwstawać zaczynają. W chorobie z charakterem przeważnie septycznym, jak w błonicy, rtęć, mianowicie sublimat, aczkolwiek najdzielniejszy to jad drobnych ustrojów, ale zdolny w ludzkim ustroju wzniecić także sprawy septyczne, jako miecz obosieczny odrzucić należy, a tém więcéj w błonicy płonicowéj, gdzie z góry streptokokus dominuje.

Jeszcze na jednę rzecz, za mało dotąd uwzględnianą a wcale niepodrzędnéj wagi w terapii błonicy, śmiałbym zwrócić uwagę, t. j. na potrzebę częstych, codziennych niemal, przeczyszczań chorego za pomocą olejku rącznikowego — obfitsze bowiem wypróżnienia jelita niewątpliwie zmniejszają przekrwienie połyku, nie osłabiając tyle co upusty krwi. Przy takiém postępowaniu, do którego włączam dopuszczanie świeżego powietrza, choćby mroźnego i pożywienie mlekiem z dodatkiem wyskoku (koniaku), rzadko spotykałem się z śmiercią; nie windykuję mu nic specyficznego, przeciwnie jestto tryb działania, jakiego się trzymam i w innych chorobach zakaźnych, upatrując główne zadanie lekarza w popieraniu odporności ustroju przeciwko najezdnikom, przeciwko którym z małémi wyjątkami nie posiadamy jeszcze zaczepnéj broni.

II. Trzydzieści jeden i sześćdziesiąt cztery lat trwająca kiła.

Podał
Dr. Ż. Krówczyński.

Kiła, w całém znaczeniu słowa przewłoczna choroba, może trwać kilka lub kilkanaście lat, jak bardzo liczne spostrzeżenia dowodzą, a kilkodziesięcioletnie jéj trwanie nie należy również do wyjątkowych zdarzeń. Zazwyczaj po

objawach wczesnéj kiły, szczególnie gdy odpowiednio chorobę leczono, znikają raz na zawsze objawy zakażenia i takie przypadki, w których zakażenie przez kilka lat nie objawia się żadnemi przypadłościami chorobowemi, uważamy jako kiłę wyleczoną. W innych przypadkach, a te stanowią poważną co do cyfry mniejszość, nie kończy się kiła objawami wczesnego okresu zakażenia ale przechodzi w tak zwaną dawniéj trzeciorzędną czyli późną kiłę, która wyjątkowo istnieć może równocześnie z objawami zaliczonemi do okresu wczesnéj kiły albo co częściéj się zdarza, objawy późnéj kiły występują po krótszéj lub dłuższéj przerwie, wśród któréj nie było żadnych oznak zakażenia kiłowego. Przerwa ta, jak powiedziałem, bywa niekiedy bardzo długa, bo może trwać 20, 30, 40 a nawet 50 lat, wyjątkowo zaś zdarza się, iż pewne objawy trwają bez przerwy kilkadziesiąt lat i właśnie dla swéj rzadkości przytoczę przypadek kiły, w którym zakażenie kiłowe trwało lat 64 a bez przerwy lat 30 utrzymywały się objawy późnéj kiły.

Nie wszyscy jednak syfilidologowie wierzą w jéj kilkodziesięcioletnie trwanie i tak np. Zeissl omawiając kiłę guzkową (*syphilis tuberculosa*), któréj dwa przypadki opiszę mówi: „Według podania starszych i nowszych syfilidologów, ma wbrew oczekiwaniu pojawiać się guzkowa wysypka w 30—40 lat od chwili pierwotnego zakażenia, mimo, że kiłę odpowiednio leczono i jéj wczesne objawy wyleczono i przez wiele lat żadnych objawów kiły nie było. Gdyby tego rodzaju przypadki nie polegały na błędnéj obserwacyi, trzebaby chyba co do wyleczenia kiły podzielić zapatrywanie Vidusa Vidiusa, które tenże wypowiedział w słowach: „*Magis inducias facit is morbus quam pacem*“.

Inni autorowie jak Fournier, Mauriac, Diday, Jullien, Otis, Rumslead, Taylor, Morrow, Bäumler, Lany itd., że wspomnę o autorach najnowszych dzieł o kile, wyznają, że długość trwania kiłowego zakażenia nie da się oznaczyć, tém samém twierdzą, że po kilkunastu i kilkudziesięciu latach od chwili pierwotnego zakażenia, objawy późnéj kiły występować mogą. Odnośnie do kiły guzkowéj podaje Jullien, że na 219 przypadków późnéj kiły spostrzegał ją, t. j. guzkową, 58 razy a w jednym przypadku po 41 latach po pierwotném owrzodzeniu.

Wiadomo, że wysypka guzkowa ma zwykle przebieg chroniczny, że powoli się rozwija a nawet leczona zwolna ustępuje, gdy, co się często zdarza, równocześnie w innych miejscach świeże guzki wykwitać mogą; a jakkolwiek przewłoczny przebieg wysypki guzkowéj należy do częstych znamion, przecież do wyjątków zalicza się przypadek opisany przez Bassereaua, w którym wysypka guzkowa trwała lat dziesięć. Gdy tak się rzeczy mają, zasługuje, jak sądzę, na opisanie przypadek, w którym zmiany na skórze bez przerwy 30 lat się utrzymywały.

Znaném jest twierdzenie przeciwników używania rtęci w kile, że dzielny ten lek jest przyczyną późnéj kiły. Dzisiaj wiemy z pewnością, że to zapatrywanie jest błędne i że objawy późnéj kiły nie mają nic wspólnego z przewłoczném zatruciem rtęcią a statystyka wykazuje, że zmiany późnéj kiły, a szczególnie wysypka guzkowa rzadziéj pojawiają się u leczonych rtęcią (25 na 100), częściéj u nieleczonych (30 na 100 Jullien). Że wysypka guzkowa nie jest następstwem przesycenia ustroju rtęcią u kiłą dotkniętego, udowadnia przypadek, którego opis w krótkości podaję, a w którym późne zmiany kiłowe wystąpiły w 31 lat po pierwotnym objawie kiły. Przypadek dotyczy chorego, leczonego przezemnie w bieżącym roku, lat 59 liczącego, który w 28 r. życia miał wrzód na wewnętrznéj powierzchni napletka. Wrzodu chory nie leczył, ale utrzymywał tylko w największéj czystości ranę i mimo zajęcia gruczołów w obu pachwinach nic zasięgał rady lekarskiéj z obawy, aby go rtęcią nie leczono. Przez lat 27 od chwili zagojenia wrzodu nic spostrzegł żadnych zmian, któreby do zakażenia mógł odnieść, a w każdym razie nic go przez cały czas nie zmuszało do zasięgania pomocy lekarskiéj. Dopiero przed 4 laty wytworzyła się wysypka guzkowa wrzodząca na skórze goleni lewéj, która nieleczona swoistemi środkami pozostawiła charakterystyczne w gromadce ułożone blizny. Po zagojeniu wrzodzików na goleni, jak chory nazywa wysypkę, powstały podobne wyrzuty na wewnętrznéj powierzchni uda prawego, które równie jak poprzednie leczył tylko miejscowo środkami obojętnemi. Częściowo goiły się wrzodziki, ale równocześnie powstawały w otoczeniu nowe a w chwili pierwszego badania chorego (2 lipca r. b.) stwierdziłem oprócz licznych blizn świeżych i starszych liczne kilaki w skórze rozmaitéj wielkości od małego grochu do laskowego orzecha i w rozmaitych okresach rozwoju w gromadce ułożone i zajmujące (uważając połowę długości uda jako środek nacieku) wewnętrzną powierzchnię uda na przestrzeni 12 ctm. długiéj a 10 ctm. szerokiéj. W środku nacieku były przeważnie blizny, a w obwodzie przeważnie znajdowały się rozpadłe, rozpadające się i nierozpadłe jeszcze guzki. Prócz tego skóra całego wzgórka łonowego i części międzykrocza włosami porosłéj aż do fałdów rzyci, jakoteż skóra moszen była znacznie zgrubiała, jednostajnie naciekła ciemno-czerwonéj barwy, o powierzchni nierównéj, łuszczącéj się, a na brzegu wzgórka łonowego graniczącego ze zdrową skórą brzucha, rozpoznać można było guzki nierozpadające się (*Syphilide tuberculeuse résolutive*), z których naciek opisany powstał.

Zresztą nigdzie i żadnych objawów ani istniejącéj ani przybytéj kiły nie odnalazłem, chory dobrze zbudowany i dobrze odżywiony, zawsze cieszy się dobrém zdrowiem, gruczoły limfatyczne niezmienione, a nawet w pachwinie prawéj niepowiększone. Stan wewnętrznych narządów nie przedstawia żadnych widocznych zboczeń. Uwiadomiwszy chorego o jakości choroby, widząc nieprzezwyciężony wstręt do leczenia rtęcią, zaleciłem jodek potasu wewnętrznie i miejscowo plaster rtęciowy a co było do przewidzenia, zmiany bardzo szybko ustępowały, tak że 27 lipca, więc po 25 dniach leczenia, pozostało na wzgórku łonowym zabarwienie ciemniejsze nienaciekłéj skóry, a owrzodzenia na udzie były zupełnie zabliźnione. Przypadek opisany podałem jedynie dla stwierdzenia, że u nieleczonych rtęcią może powstać wysypka guzkowa, kiła, że więc późna kiła nie jest następstwem, jak to dawniéj twierdzono, przesycenia ustroju kiłowego rtęcią, któréj chory nigdy nie używał. W przypadku powyższym, mimo 31 lat istniejącego zakażenia, stan ogólny nic do życzenia nie pozostawiał i kiła nieleczona charlactwa nie sprowadziła. (Dok. n.)

III. O leczeniu krzywicy (*rachitis*).

Skreślił
Dr. Władysław baron Lesser,
docent chirurgii w Lipsku.

O ile prawdziwy powód powstawania krzywicy do dziś dnia nie jest znany, o tyle wiemy, że bez wątpienia niewła-

ściwy sposób pożywienia w pierwszych latach dziecięctwa, mianowicie w pierwszym roku życia przyczynia się głównie do wywiązania choroby. Również wiemy, że krzywica prawie zawsze zaczyna się od nieżytu żołądka i kiszek, że w dalszym ciągu rozwija się ogólny stan niedokrewności, po którym następują dopiero zmiany w kościach. I te ostatnie najsamprzód nacechowane są bolesnością okostny głównie przy nacisku. Potém wytwarzają się zgrubienia kości w zakresie chrząstki między epifyzą i dyjafyzą, a wreszcie zgięcia, po większéj części powstające przez zwiększenie wadliwe skręcenia *(torsio)*, które na wszystkich podłużnych kościach napotkać można w stanie prawidłowym. Ale i prawdziwe złamania i nadłamania lub nadgniecenia miękkich kości mogą sprawiać zmiany w kształcie odnóg. Krzywicę spotykamy głównie w wielkich miastach. Zdaje się jednakże, że narody anglogermańskie więcéj jéj są poddane niż słowiańskie i inne.

Leczenie krzywicy okazuje nam wiele sprzeczności. Najsamprzód co do pożywienia, jedni obstają za pożywieniem mlecznêm, za pokarmami roślinnemi, uważając mięsny pokarm za niestosowny. Inni znowu radzą jak najwcześniéj podawać mięso, jaja, bulijon, wino itd.

Według mego doświadczenia, w wielkich miastach przyczyną powstawania krzywicy jest zbyt długi okres podawania mleka jako pokarmu, bądźto niezbyt dobrego mleka krowiego, bądźteż wyłącznego przez zbyt długie trzymanie dzieci przy piersi. Dłużéj niż do trzeciego kwartału życia nie należy w naszych dużych miastach podawać mleka jako wyłączny pokarm. Im wątlejszy ustrój tém łatwiéj rozwinie się wtedy krzywica. Od 8go do 10go miesiąca życia trzeba dzieci przyzwyczajać do pokarmu mięsnego, do mięsa, jaj itd. Nawet od 5go miesiąca życia zalecam nieraz rozpoczynać taki sposób żywienia, aby zapobiedz dalszemu rozwinięciu się krzywicy. Postępując według powyższych zasad osiągam jak najlepsze wyniki.

W przeważnéj liczbie przypadków krzywicy można dowieść, że dzieci żywiono wyłącznie mlekiem do 4go lub 5go kwartału. Powodem jest po części brak lepszego pojęcia o żywieniu dzieci, względna taniość mlecznego pokarmu lub dążność matek, aby przez długie podawanie piersi zapobiedz nowéj ciąży.

Skrzywienie i miękkość kości jako ważny objaw krzywicy uważano za skutek albo niedostatecznego przyswajania, albo téż zbyt obfitego wydzielania soli wapniowych z ustroju. Sole wapniowe jako środek leczniczy w krzywicy mają bez wątpienia wielką doniosłość, lecz nie w pierwszych okresach krzywicy, gdzie zmiany w kościach jeszcze niewydatne i gdzie przeważają zaburzenia w odżywianiu i trawieniu. Mały lub ujemny skutek soli wapniowych w tym okresie przypisywano ich nierozpuszczalności. Starano się zastąpić sole wapniowe innémi środkami, przedewszystkiém kwasem mlekowym. W najnowszym czasie z wielkim zapałem i rozgłosem zachwalanym bywa fosfor ze względu na świetne wyniki leczenia nim krzywicy. Obok owych „świetnych" wyników nie brak ujemnych spostrzeżeń ze strony klinicystów, którzy bezstronnie, spokojnie i w prawdziwie naukowy sposób opisali osiągnięte wyniki lecznicze przy podawaniu fosforu. Dla tego téż osobiście nie miałem chęci przepisywać fosforu, témbardziéj, że przypadkiem nadarzył mi się lek zalecony przez pewnego lekarza z Alzacyi w *Gazette méd. de Strassbourg* przed dziesięciu laty, który od tego czasu tak pewne prawie niemylne i piękne daje mi wyniki lecznicze, że pragnąłbym zwrócić uwagę szerszych kół na ową mięszaninę, o któréj sam autor ówczesny wspomina, że bezwątpienia nie jest przykładną ze względu na skład chemiczny, ale że jest świetnym środkiem w pierwszych okresach krzywicy. Mięszanina owa według alzackiego przepisu ma skład:

Rp. *Trae Rhei vinos. 20·0*
Kali acet. sol. 10·0
Vini stib. 5·0

DS. po 8 do 10 kropli 3 razy dnia przez trzy dni, potém po 11 kropli 3 razy dnia przez 3 dni i tak daléj stopniowo zwiększając liczbę kropel aż do 20u 3 razy dziennie.

Przekonałem się, że zupełnie z tym samym skutkiem można dawać: przez I. tydzień 8 do 10 kropli 3 razy dziennie, przez II. tydzień 12 kr. trzy razy dziennie, III tydzień 15 kr. trzy razy dziennie, IV tydzień 18 kr. trzy razy dziennie, V. i VI. tydzień 20 kr. trzy razy dziennie na kawałku cukru. Młodszym dzieciom przepisywać należy mniejsze dawki. Już po upływie pierwszego tygodnia apetyt, po większéj części bardzo przedtém słaby, znacznie się polepsza, również cera dziecka i humor. Apatyja ogólna znika, dziecko zaczyna się samodzielnie podnosić, bolesność okostny ustaje. Po czwartym tygodniu polepszenie zdrowia bywa tak znakomite, że często już można zastąpić ową *mixturam antirachiticam* solami wapniowemi. Przepisuję zwykle:

Rp. *Calc. carb.*
Calc. phosphor. āā 100·0

DS. 3 lub 4 razy dziennie pół lub całą łyżeczkę, mięszając proszek z mlekiem lub z kawą białą. Obecnie podawanie soli wapniowych nie psuje wyśmienitego apetytu i nie sprawia zaparcia stolca u dziecka. Dzieci ze smakiem jedzą mięso surowe skrobane z jajem, w ogóle chętnie przyjmują potrawy, tak jak dorośli i piją chętnie wino. W ciężkich przypadkach trzeba podawać ową *mixturam antirachiticam* nietylko przez cztery tygodnie, ale nawet przez sześć tygodni. Powyższe wyniki polegają na doświadczeniach zebranych na mniéj więcéj sześciuset dzieciach cierpiących na krzywicę w p i e r w s z y c h okresach choroby.

W jaki sposób działa owa *mixtura antirachitica* tego nie wiemy pewnie. Może że *rheum* wpływa korzystnie na wydzielanie żółci i przyczynia się do usunięcia nieżytu żołądka i kiszek, który tak wybitnie cechuje początki rozwijającéj się krzywicy. Ważniejszą rolę odgrywa niewątpliwie według mego przekonania *Kali aceticum.* Przyswajanie soli wapniowych w ustroju zależy pośrednio od odpowiedniéj ilości soli alkaliczněj czyli od odpowiedniego stosunku sodu i potasu, które w pokarmach podajemy, jak to dowodzą klasyczne prace B u n g e g o. Ale i antymon już od dawna znanym jest jako środek skuteczny w krzywicy i w zołzach. Wywiera on odpowiedni wpływ, jak to twierdzą w najnowszych czasach o arszeniku i fosforze. Arszenikowi przypisano nawet szczególny wpływ na wyleczalność gruźlicy miejscowéj, mianowicie gruźlicy w kościach. Przekonałem się z przebiegu licznych przypadków, szczegółowo opisanych i dowiodłem w odczycie w Towarzystwie lekarskiém w Lipsku, że arszenik na ogólny stan zdrowia może wpłynąć korzystnie w niektórych przypadkach. Ale że wpływ bywa zwykle krótkotrwały i niestały, gdy tymczasem sprawy gruźlicze miejscowe wcale a wcale nie zmieniają się pod wpływem arszeniku. Co się tyczy fosforu, to osobistych o nim poglądów nie posiadam co do leczenia krzywicy. Wolę go zawsze zastąpić antymonem, który nie tak łatwo działa trująco jak fosfor.

Wartoby wypróbować wpływ każdego środka z osobna wchodzącego w skład mięszaniny, którą powyżéj podałem. Pozostawiam to innym. Chciałem tylko udzielić kolegom do-

świadczenia zebrane przy używaniu owéj mięszaniny, aby zachęcić do dalszych prób, które, jak się spodziewam, nie będą daremnemi.

IV. Przyczynek do kazuistyki połowiczego widzenia skroniowego (*Hemionopia temporalis*).

Podał

Dr. Konrad Rumszewicz.

Gdy prawą lub lewą hemianopiję (widzenie połowicze) stosunkowo często się spostrzega, to hemianopija skroniowa o wiele jest rzadszą. W literaturze znajdujemy też dokładniejszą wzmiankę zaledwie o 33 przypadkach. Graefe już w r. 1856 mówi (*Arch. f. Ophthalm. II. 2*, str. 286), że przypadki skroniowego widzenia połowiczego nie często napotykał, dodając zarazem, że widząca połowa pola widzenia nigdy nie była oddzieloną od ślepéj równie wyraźnie, jak to ma miejsce w przypadkach jednostronnéj połowiczości. Förster z pomiędzy 30 przypadków połowiczego widzenia znalazł w 23 jednostronne (*h. homonyma)*, skroniowe zaś w 7, co stanowiłoby 23% wszystkich przypadków widzenia połowiczego. Mauthner przeciwnie utrzymuje, że połowicze widzenie skroniowe stanowi tylko 1% a nadto, że sam nigdy nie widział przypadku, który mógłby uznać za prawdziwe połowicze widzenie skroniowe. W dziele swém: *Hirn und Auge* (str. 373) zebrał on poprzednio ogłoszone przypadki, których liczba wynosiła wtedy 24. Właściwie z liczby téj należy strącić 2 przypadki Schöna, z których w jednym był właściwie brak obu dolnych połów, w drugim zaś brakowało w jedném oku trzech wycinków pola widzenia, w drugiém oku było zwyrodnienie jaskrowe. Strącił je też słusznie Mauthner, przystępując do ogólnéj charakterystyki cierpienia. Mauthner a zgodnie z nim Baer (*Ueber Gesichtsfeldmessung u. deren allgem. diagn. Bedeutung. Volkmanns Vorträge. 1885 Nr. 246.*) trafną czynią uwagę, że wszystkim przypadkom zbywa bardzo na jednostajności obrazu klinicznego. Mianowicie widzimy początkowo tylko braki środkowe (*scotoma centrale*), lub też od początku samego albo w krótkim czasie powstaje ślepota jedno lub nawet obustronna i tylko w pewnym okresie spostrzega się brak obu zewnetrznych połów pól widzenia. Nadto brak ten nigdy nie stosuje się do linii granicznéj, jakoteż do punktu naośnie widzianego równie ściśle, jak to zwykle spostrzegamy w przypadkach prawego lub lewego widzenia połowiczego. Bystrość wzroku nigdy nie wynosiła $^{20}/_{20}$, braki bywały niezupełne lub przeciwnie zajmowały także pewną część wewnętrznych połów. Zjawisko to zawdzięczać może powstawanie swoje wpływom czynnym bynajmniej nie w ośrodkach wzrokowych, lecz li tylko w skrzyżowaniu nerwów wzrokowych, jak nowotwory, narośle kostne, kilakowe lub inne, zapalenie opony twardéj wywierające ucisk w obrębie przedniego albo tylnego kąta skrzyżowania lub też w kierunku strzałkowym na środek skrzyżowania.

Prócz 22 przypadków, wspomnianych przez Mauthnera i Baera, znalazłem w literaturze jeszcze 12 innych, lecz są one do poprzedzających o tyle zbliżone, że poglądu na rzecz samą bynajmniéj nie zmieniają. Na wzmiankę zasługują przypadki Steinheima (*Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde. 1881. August*) i Oppenheima (*Virchows Archiv. 1886. Bd. 104*). Pierwszy z powodu, że powstanie widzenia połowiczego łatwo w ten sposób wytłumaczyć się dawało, iż w jamie ustnéj i nosowéj znajdował się nowotwór, który mógł łatwo przejść na podstawę czaszki i wywołać zapalenie opony twardéj w okolicy środkowéj części skrzyżowania. W przypadku Oppenheima, u 31-letniéj kobiety, żony dotkniętego kiłą, wśród objawów mózgowych i moczówki, powstało w obu oczach połowicze widzenie skroniowe, wprawdzie niezupełne i ze ścieśnieniem nadto nosowych połów pola. Przy użyciu jodu, zjawisko ustąpiło w ciągu kilku dni, wkrótce jednak znowu powróciło, chociaż granice nieczułych połów ciągłym ulegały zmianom. Tarcze nerwów wzrokowych były cokolwiek bledsze. Przy sekcyi znaleziono utwór kilakowy, wychodzący z opony miękiéj, a zajmujący przeważnie środek skrzyżowania. Zmienność granic nieczułych części pól widzenia tłumaczy Oppenheim niejednostajném napełnieniem licznych bardzo w nowotworze naczyń. Jestto czwarty przypadek sekcyi wykonanéj w przypadku połowiczego widzenia skroniowego. Z innych trzech znaleziono w dwóch (przypadki D. E. Müllera (*Arch. f. Ophtalm. VIII, str. 160*) i Rossa (*Brit. med. Journal I. str. 852*) zwyrodnienie przysadki mózgowéj, w jednym Saemischa (*Klinische Monatbl. f. Augenh 3 Jahrg. str. 51*) narośl pomiędzy łodygami nerwów wzrokowych, ku przodowi skrzyżowania położoną. Gdy więc podane dotychczas przypadki co do prawidłowości i jednostajności zjawisk znacznie się różnią od opisów jednostronnego widzenia połowiczego (*Hemianopia homonyma*) uważam, iż nie od rzeczy będzie podać tu dwa własne spostrzeżenia.

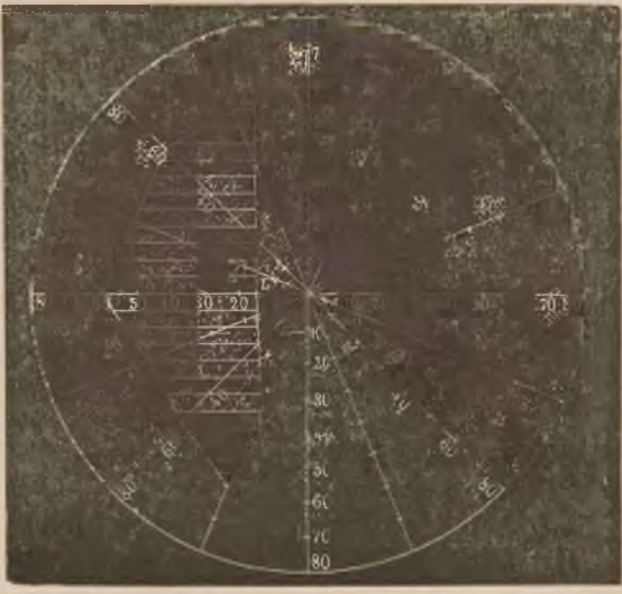
1) Przed 10 laty zdarzyło mi się widzieć przypadek połowiczego widzenia skroniowego, w którym, chociaż nie badano za pomocą perymetru, nie ulegało przecież wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z połowiczém widzeniem skroniowém równie typowém, jak jednostronne. Obserwując chorego przez dwa miesiące, nie dostrzegłem żadnéj zmiany w zjawiskach. Przy $V = {}^{20}/_{20}$, nie dostawało obu połów skroniowych pól widzenia, linija zaś graniczna miała kierunek pionowy, przechodząc zarazem przez punkty naośnie widziane. Badanie wziernikowe dowiodło zblednięcia tarcz obu nerwów wzrokowych. Następnie chory znikł mi z oczu i już go więcej nie widziałem. Byłto mężczyzna trzydziestokilkoletni, cierpiał niegdyś na kiłę. Innych szczegółów nie zanotowałem.

2) 58-letni mężczyzna średniéj budowy, życia bardzo niewstrzemięźliwego, zasięgał po raz pierwszy méj rady w połowie stycznia roku 1883. Wywiady wykazały, że przed 5-ciu laty cierpiał na kiłę, którą leczono wcieraniami szaruchy, późniéj sublimatem i jodkiem potasu. W jesieni r. 1881 zauważył, że ilość moczu znacznie się zwiększyła. W listopadzie roku 1882, po jednéj ze zwykłych hulatyk, znaleziono go zrana w stanie nieprzytomnym, trzy razy miał wymioty. Po zadaniu ostrego leku przeczyszczającego odzyskał zupełną przytomność, swobodnie wstał z łóżka, nie czując bynajmniéj osłabienia w odnogach, zarówno dolnych jak górnych; silny ból głowy trwał przeszło dobę. Utrzymywał też iż jakkolwiek dawniéj często widział jakby za mgłą przedmioty znajdujące się z boku, przecież po owéj nocy o wiele się to częściéj zdarzało, a chód z powodu téj mgły tak dalece był niepewnym, że chory od tego czasu nie rozstawał się z laską, chociaż w pobliżu mógł swobodnie poznawać przez okulary przedmioty najdrobniejsze. Objawy te utrzymywały się bez zmiany przez następne trzy miesiące. Badając chorego znalazłem: nadmiarowość + 2 D w obu oczach, $v = {}^{20}/_{20}$. Wynik badania za pomocą pe-

rymetru uwidoczniłem na fig. 1. Miejsca kratkowane oznaczają utrzymane części pola widzenia. Widzimy, że linija

Fig. 1.





graniczna, przechodząc przez punkt naośnie widziany a położony o 15° ku wewnątrz od środku obrotu perymetru w którym punkt ciemny *(p. coecum)* się znajdował, miała kierunek z obu stron pionowy i tylko w prawém polu ku dołowi, w lewém zaś ku górze nieznacznie od tego kierunku odstępowała. Części kratkowane pól widzenia były zupełnie prawidłowe przy badaniu za pomocą białych jakoteż zabarwionych przedmiotów, pozostałe zaś części siatkówki zupełnie były nieczułe. Badanie za pomocą wziernika nie wykazało żadnych zmian w tarczach nerwów wzrokowych, zresztą z pomiędzy 33 przypadków skroniowego widzenia połowiczego zmiany w tarczy 10 razy tylko zauważano, mianowicie w przypadkach Förstera *(Graefe u. Saemisch* T. VII. str. 116), Hirschberga (*Beitr. zur prakt. Augenheilkunde. Heft. 3*, str. 16, 1878), Jany (*Centralbl. f. prakt. Augenh*, April 1879), Langa (*Ibid.* Juli 1880), Rossa (l. c), Treitela (*Arch. f. Augenheilk.* X. str. 460), Gnautha, (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1883. Nr. 39), Beguea (*Bulletin de la clinique des Quinze-Vingts.* 1885 Nr. 1), Oppenheima (l. c.) i w moim pierwszym. Rozpoznanie: guz, prawdopodobnie kilak w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych. Badanie moczu nie wykazało żadnych zmian, prócz znacznie zwiększonéj jego ilości w ciągu doby. Zaleciłem dwujodek rtęci z jodkiem potasu.

Siódmego Marca, badając pola widzenia, znalazłem w każdéj skroniowéj połowie miejsce sprawne. W prawém polu miejsce to miało kształt nieprawidłowego czworoboku położonego przeważnie w górnym i zewnętrznym odcinku, w kierunku ukośnym z góry ku dołowi i ku zewnątrz i tylko dolny kąt jego położony był niżéj równika. W lewém polu widzenia miejsce sprawne cokolwiek było większe, miało kształt półksiężyca, położonego w kierunku mniéj więcéj pionowym, z różkami zwróconemi ku linii granicznéj; równik dzielił go na 2 połowy: mniejszą górną i większą dolną. Czynne miejsca wśród braków oznaczyłem na fig. 1 liniją— / — / — /. W cztery tygodnie późniéj linija graniczna tworzyła w obu polach jakby łuki niezupełnie zresztą regularne, zwrócone wypukłością ku zewnątrz a położone już w skroniowéj połowie. Największa ich odległość od punktów Mariotta przypadających na obrocie perymetru wynosiła w prawém oku 10°, w lewém 15°. Oba miejsca sprawne w skroniowych połowach również znacznie się zwiększyły. W prawém polu miejsce to miało kształt półksiężyca, długości 120°, szerokości w środku (na równiku) 30°, oddalone w tém miejscu od linii granicznéj o 20°; w dolnéj połowie odległość ta prawie w dwójnasób większą była. W lewém oku miejsce czynne w skroniowéj połowie miało długości 84°, największéj szerokości (na równiku) 32°, odległość od linii granicznéj wynosiła tylko 5°. Badanie moczu wykazało w nim dość znaczną ilość cukru. Ostatni raz widziałem chorego w połowie czerwca r. b. Sprawność skroniowych połów pól widzenia o tyle była przywróconą, że w prawém oku w kierunku równika granica zewnętrzna była odsuniętą od *M* o 72°, w lewém — o 55°, tylko w dolnych i zewnętrznych odcinkach znalazłem przerwy kształtu jajowatego położone ukośnie, w prawém oku większą, w lewém mniejszą. Dłuższa oś pierwszéj wynosiła 30°, drugiéj 20°, nie były one zresztą bezwzględne. (Fig. 2).

Fig. 2.





Tak więc w miejsce zupełnego połowiczego widzenia skroniowego pozostały tylko ścieśnienia obwodowe obu pól widzenia w częściach skroniowych i nieznaczne braki w obu dolnych i zewnętrznych odcinkach. Przed miesiącem chory zmarł — obdukcyi zwlok nie dokonano. Od lekarzy dowiedziałem się, że od początku sierpnia ilość cukru w moczu ciągle się zwiększała, w połowie października równocześnie powstały obszerne zgorzele skóry na obu dolnych odnogach, jednakże wzrok był dobry do końca.

Co do prawidłowości zjawisk przypadek ten najzupełniéj przypomina przypadki prawego lub lewego widzenia połowiczego: prawidłowe widzenie, naośne, pionowa linija graniczna, przechodząca nadto ściśle przez punkt naośnie widziany. Na jednę jeszcze okoliczność chcę tu zwrócić uwagę, mianowicie na nieprawidłowość wydzielania moczu. Wzmiankę o têm napotykamy naprzód w przypadku Graefego (l. c.), w którym moczówka przyłączyła się późniéj dopiéro. Podaje ją też w swych przypadkach del Monte, (*Osservazione e note cliniche Napoli* 1871, str. 77), Brecht (*Graefe u. Saemisch.* V str. 938), i Oppenheim (l. c.). W ostatnim przypadku i u del Montego spostrzegano moczówkę równocześnie ze skroniowém widzeniem połowiczém, w przypadku Graefego późniéj dopiéro, w moim zaś drugim przypadku chory na moczówkę dawniéj prawdopodobnie cierpiał. Już podczas obserwacyi przeistoczyła się ona w cukrzycę, która następnie sprowadziła śmierć chorego. Tak więc z pomiędzy 35 przypadków skroniowego widzenia połowiczego, spostrzegano moczówkę w 5. Okoliczność ta zasługuje bądź co bądź na uwagę, têm bardziéj że przeglądając o wiele liczniejsze przypadki prawego lub lewego widzenia połowiczego wzmiankę o moczówce trzy razy tylko znajdujemy.

V. Przyczynek do sposobu operowania trudniejszych przypadkow przetok pęcherzowo-pochwowych.

(Podług wykładu mianego na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników w Berlinie).

Podał

Dr. Rydygier.

Pomiędzy dość licznemi przypadkami przetok pęcherzowo-pochwowych leczonych przezemnie drogą operacyjną niejedna przedstawiała znaczne trudności; dwie nawet były tego rodzaju, iż do ich zamknięcia zupełnie nie wystarczył zwykły sposób Simona i zmuszony byłem obmyśleć nowy sposób postępowania. O dwu tych przypadkach wspomnieć zamierzam obszerniéj i opisać, w jaki sposób ostatecznie w nich dobry wynik osiągnąłem. Zanim atoli do tego przystąpię, wspomnę mimochodem w krótkich słowach o kilku dotychczas wątpliwych zagadnieniach dotyczących przetok pęcherzowo-pochwowych, przez co może przyczynię się do ich rozwiązania.

Nasamprzód nasuwa mi się pytanie, jak należy przetoki pęcherzowo-pochwowe zaszywać, czyli innemi słowy, czy do tego celu wystarczają sposoby najprostsze, jakim jest sposób Simona, czy też potrzebne są i lepsze sposoby skomplikowane np. sposób Bozemana, wymagający osobnego stołu operacyjnego i osobnych a licznych narzędzi. Pytanie to z tego względu jest ważne, iż w ostatnim razie jedynie właściwym specyjalistom operacyje przetok pęcherzowo-pochwowych pozostawićby wypadało, co zapewne nie byłoby pożądaném. Wprawdzie już Simon i Bozeman stoczyli sami walkę naukową bardzo pouczającą o wyższość swych sposobów, lecz zdania dotychczas nie są jeszcze zgodne; Bozeman znalazł pomiędzy wiedeńskimi operatorami licznych zwolenników (Braun, Dittel, Bandl i inni), a zastęp zwolenników Simona niemniej jest liczny.

W przeciągu ostatnich lat 8 operowałem 21 przypadków przetok pęcherzowo-pochwowych rozmaitego rodzaju. Wszystkie chore opuściły mój zakład wyleczone oprócz jednéj, którą wypuścić musiałem przed ukończeniem leczenia, gdyż dostała obłędu. Ponieważ wyleczenie przetoki u téj choréj nie przedstawiało żadnych trudności, sądzę więc, że i w tym przypadku niewątpliwie byłbym doszedł do zadowalającego wyniku. Prawie wszystkie te przetoki leczyłem sposobem Simona; ponieważ zaś z pośród nich niejeden przypadek wydawał się bardzo trudnym, mogłem więc przekonać się naocznie, że i trudne przetoki pęcherzowo-pochwowe tym sposobem wyleczyć można bez użycia jakichkolwiek skomplikowanych narzędzi. Chorą znieczuloną układam na grzbiet z uniesionym krzyżem i przyciągniętemi nogami (*Steiss-Rükkenlage*). Brzegi przetoki okrwawiam za pomocą noża w kształcie lejka, nie wiele troszcząc się o to, czy błonę śluzową pęcherza naruszę; przetokę zaszywam jedwabiem. Po operacyi, jeśli można, nic czyniąc nic, wyczekuję skutku, a to, stosując się do zdania Simona, który zaleca takie, o ile możności obojętne, leczenie następowe.

Ze sposobu Bozemana uważam za najlepszą część jego postępowanie przygotowawcze. Za wielką mu policzyć możemy zasługę, że pouczył nas, jak można blizny w pochwie powoli rozszerzyć i brzegi przetoki i ich otoczenie rozluźnić. Nieraz korzystałem z tych jego wskazówek i to z wybornym skutkiem. Natomiast sposób szycia Bozemana wydaje mi się niekorzystnym, gdyż właśnie w chwili najważniejszéj, podczas zaciągania węzła, zakrywa płyta ołowiana przytykające okrwawione brzegi.

Inną wątpliwość, która wprawdzie nie dotyczy leczenia, lecz sposobu powstawania przetok pęcherzowo pochwowych, spotykamy w pytaniu, jaką jest ich przyczyna. W dwóch najnowszych dziełach o tym przedmiocie: Schroedera i Winckla czytamy wręcz przeciwne zdania. Schroeder, uważa za częstszą przyczynę ucisk płodu podczas porodu, Winckel zaś sądzi, że częściéj narzędzia położnicze sprawiają przetoki. W moich 21 przypadkach raz tylko narzędzie niewątpliwie obwinić mogłem; a to we wspomnianym już przypadku niewyleczonym, w którym przegroda pęcherzowo-pochwowa w kształcie trójkąta wyraźnie była zdarta. W kilku przypadkach przyczyna była wątpliwą; w 12 należało obwiniać ucisk płodu. Zupełne rozstrzygnięcie tego pytania zapewne nie tak prędko nastąpi, bo we wszystkich przypadkach, w których po 2—3 dniach narzędzi położniczych użyto, posądzić można według upodobania jużto ucisk płodu, jużteżto owe narzę-dzia o wywołanie przetoki. Spostrzeżenie atoli, które nasunęło mi się w czasie obecnego Zjazdu, zdaje się stanowczo za têm przemawiać że w przeważnéj ilości przypadków, ucisk płodu bywa przyczyną przetok pęcherzowo-pochwowych. W rozmowach potocznych ze znajomymi, jak Czernym, Schroederem i innymi, którzy w ogóle rozporządzają znacznie liczniejszym materyjałem niż ja, uderzyło mię, iż właśnie przetoki pęcherzowo-pochwowe należą do rzadszych zjawisk. Objaw, że we wschodnich prowincyjach, z których chorzy mnie dochodzą, przetoki liczniéj się pojawiają, tłumaczę sobie têm, że z powodu gorszych środków komunikacyjnych

i większych odległości siedzib lekarskich o wiele później lekarze tu do porodu przybywają niż gdzieindziej. W wielu z moich przypadków poród przeciągał się przez 2—3 dni a nawet i dłużej. Prócz tego prawie wszystkie chore z wyjątkiem 2 lub 3 należały do klasy roboczéj, która wcale nie jest pochopną do rychłego wezwania pomocy lekarskiéj. Na podobne stosunki zwraca uwagę Matlakowski w niedawno ogłoszonéj pracy: w przeciągu 3½ roku operował on 36 przypadków przetok pęcherzowo-pochwowych. Podobnie wyrażali się także Neugebauer i Jarnatowski.

Wreszcie wspomnę o jeszcze jedném sprzeczném zdaniu pomiędzy Schroederem a Wincklem, odnoszącém się do płodności kobiet z przetoką pęcherzowo-pochwową. Schroeder twierdzi, że zapłodnieniu przeszkadzają więcéj choroby macicy i innych przyrządów rodnych, równocześnie z przetoką istniejące, niż sama przetoka. W tym względzie staję po stronie Winckla. Zdarzają się wprawdzie przypadki zapłodnienia mimo istniejącéj przetoki, lecz sąto tylko nader rzadkie wyjątki. Za to nierzadko spostrzegano, że po wyleczeniu przetoki ciąża nastąpiła, mimo że stosunków macicznych wcale nie starano się zmienić i to często w takich razach, w których przez lata podczas istnienia przetoki chora była niepłodną. Z chorych przezemnie leczonych, po nabyciu przetoki żadna nie zaszła w ciążę, u jednéj można było dowodnie wykazać, że do tego przyczyniał się szkodliwy wpływ przetoki jako taki, nie zaś zmiany maciczne. Dopóki bowiem przetoka istniała, była chora niepłodną; zaraz po wyleczeniu została zapłodnioną; przy porodzie nabyła na nowo przetoki; dopóki ta nowa przetoka trwała, chora również nie zastąpiła; za to wkrótce po jéj zagojeniu. Dodaję, iż drugi ten poród przetoki już na nowo nie wywołał.

Przychodzę w końcu do owych dwóch przypadków na wstępie wspomnianych, w których prostym sposobem Simona nie osiągnąłem pożądanego skutku. Pierwszy przypadek dotyczy 17-letniéj mężatki J. H. Chorą tę już poprzednio gdzieindziéj w uniwersyteckiéj klinice chirurgicznéj operowano bezskutecznie dwa razy; poczém zamyślano u niéj zamknąć pochwę poniżéj przetoki. Już z tego widać, jak trudnym był ten przypadek do wyleczenia, co też wykaże bliższy opis zmian, jakie poniżéj opiszę. Nie trudno sobie wytłumaczyć, że chora w tak młodym wieku zgodzić się nie chciała na zamknięcie pochwy i nie trudno również odgadnąć, że podobny zamiar wcale się nie podobał 28 letniemu mężowi, który się też energicznie sprzeciwił. Pierwszym też warunkiem, pod którym mi chorą oddano, było uroczyste zaręczenie, że pochwy nie zamknę. Pochwa była bliznami bardzo zwężona i niepodatna. Przetoka bardzo wielka rozpoczynała się mniéj więcéj 2 cm. po za ujściem cewki i sięgała aż do przedniéj wargi macicznéj: główna więc część górnego sklepienia pochwy była zniszczoną. Przedni brzeg był przyrośnięty do kości łonowéj, w tylnym zaś brzegu po obu stronach widzieć można było ujścia moczowodów. Przetoka ta powstała przy pierwszym porodzie, który trwał 4 dni i który wreszcie za pomocą kleszczy zakończono. Miednica choréj cokolwiek zwężona.

Mimo przecinania blizn w pochwie i wprowadzania wałków Bozemana utrzymywała się niepodatność i nieporuszalność brzegów przetoki tak, iż zbliżyć ich do siebie nie było można. Macica znajdowała się bardzo wysoko i była bardzo mało ruchomą. Postanowiłem więc część pochwową macicy obustronnie naciąć, aby tym sposobem przednią wargę maciczną jak najwięcéj uruchomić i użyć jéj po okrwawieniu do wszycia w otwór przetoki. Ponieważ mimo to naprężenie zeszytych brzegów było bardzo znaczne, skoro popuszczono nitki przeciągnięte podczas operacyi przez tylną wargę maciczną dla ściągnięcia macicy na dół, przyszyłem więc owe nitki do ud, aby przez to przeszkodzić macicy do unoszenia się i rozciągania zaszytéj przetoki. Przytém upomniałem chorą, aby nie zginała ud do brzucha. Przez pierwsze 4 dni mocz nie wydobywał się przez pochwę. Skoro jednak 5 dnia nitki przytrzymujące macicę i do ud przyszyte przerznęły się mocz znów bezwiednie wypływać począł. Wyjmując szwy około dnia 10, przekonałem się, że środkowa część przetoki całkiem, a lewa jéj strona w głównéj części były zrośnięte; prawa strona pozostała otwartą. Jednakowoż i te części udało mi się przez dwie ponowne operacyje zamknąć zupełnie. Po wyleczeniu chora ta zaszła w ciążę, poroniła w 5 miesiącu a obecnie znajduje się znów w ciąży. (Dok. nast.).

VI. Przyczynek do symptomatologii i dyjagnostyki zatrucia tlenkiem węgla.

Podał
Dr. A. Sokołowski,
ordynator szpitala św. Ducha w Warszawie.

W większości przypadków otrucie tlenkiem węgla, czyli tak zwane pospolicie zaczadzenie, przedstawia tak wybitne objawy, a moment przyczynowy jest tak wyraźnym, że rozpoznanie otrucia nie tylko dla lekarza, ale nawet i dla ogółu nie przedstawia najmniejszéj trudności.

Są jednak przypadki, w których albo nie łatwo na razie odnaleźć lub nawet domyśleć się momentu przyczynowego, lub też objawy zaczadzenia mogą być niezbyt wyraźne, lub podobne do objawów, właściwych innym cierpieniom. W tychto przypadkach niewyraźnych, a jednak wzbudzających podejrzenie zaczadzenia, rozpoznanie winno się opierać na bardzo szczegółowém badaniu chorego, które nieraz pozwoli nam wykryć pewne dość charakterystyczne objawy, właściwe zaczadzeniu, jakto pouczyć mogą dwa przypadki przezemnie spostrzegane, które dla ich ważności praktycznéj pokrótce podaję.

Spostrzeżenie 1sze. 21 stycznia 1885 roku przywieziono do szpitala w stanie nawpół przytomnym 35cioleletniego robotnika S. nieudzieliwszy o chorobie jego żadnych bliższych objaśnień. Chorego zastałem apatycznie leżącego na łóżku z objawami wyraźnéj depresyi w stanie bezgorączkowym. Na zapytania odpowiada bardzo trudno i powoli, skarząc się na silny ból głowy, mówi, że w wilię dnia tego był zdrowym, że sobie nieco przypomina, iż w nocy miał jakby jakiś napad drgawkowy, zresztą zaś niczego sobie nie przypomina, gdyż mocny ból głowy nie pozwala mu zebrać myśli. Przy szczegółowém badaniu chorego znaleźliśmy stan bezgorączkowy, źrenice oddziaływają na światło dość prawidłowo; tony serca czyste lecz słabe; szmery oddechowe prawidłowe; śledziona niepowiększona; na ciele nigdzie zauważyć nie można ani plam ani wysypki; odruchy kolanowe zachowane. Przy badaniu czucia uderzył nas wysoki stopień anestezyi skóry całego ciała a szczególniéj odnóg dolnych, nawet głębokich kłóć szpilki chory wcale nie odczuwał.

Stan ten razem wzięty przedstawiał nam się bardzo nie jasno, tém bardziéj że niczego więcéj od chorego dowiedzieć się nie mogliśmy.

Dnia następnego stan przedstawiał się o wiele lepiéj. Przytomność istniała prawie zupełna; chory uskarża się tylko na nieznaczny ból głowy i opowiada nam, że do chwili zachorowania był zupełnie zdrowym, żadnych chorób nie przebywał, nadużyć nie robił żadnych. Wieczorem powróciwszy do domu mocno zziębnięty, położył się spać blisko pieca mocno napalonego, w nocy zerwał się z mocnym bólem głowy, nudnościami, poczém miał miéć jakiś napad, czego dokładniéj nie pamięta; nazajutrz rano czuł mocny zawrót i ból głowy i w tym stanie odwieziono go do szpitala. W tym dniu badany mocz zawiera nieco białka. Znieczulenie skóry pozostaje jak dnia poprzedzającego. Na trzeci dzień chory czuje się zupełnie zdrowym, ból głowy ustąpił, znieczulenie skóry znikło zupełnie. Mocz białka nie zawiera.

Przypadek w dniu pierwszym przybycia chorego do szpitala przedstawiał się wcale nie jasno; powstała przedewszystkiém myśl, w obec zbioru powyższych objawów, białka w moczu i wzmianki o jakimś napadzie, czy nie mieliśmy w danym razie do czynienia z napadem drgawek epileptycznych lub téż napadem uremicznym. W obu razach niezrozumiałym objawem była wyżéj opisana zupełna anestezyja skóry. Dopiero na drugi dzień przy odzyskaniu przez chorego zupełnéj przytomności i podaniu dokładnéj anamnezy, przy zniknięciu zupełnie szybkiém białka w moczu, obie przypuszczane choroby dały się zupełnie wykluczyć, i rozpoznaliśmy otrucie tlenkiem węgla, w któréjto chorobie objawy anestezyi (o czém niżéj) niektórzy autorowie spostrzegali.

Przypadek 2gi. W miesiącu grudniu roku zeszłego wezwany byłem do 23-letniego pana N. dotkniętego nagle w nocy jakiemś ciężkiém cierpieniem. Pana N. znałem od kilku lat, wielokrotnie bowiem zasięgał mojéj rady z powodu przewlekłego cierpienia dróg oddechowych. Chorego zastałem leżącego w stanie na wpół przytomnym, niechętnie i z trudnością odpowiadającego na pytania. Ojciec jego opowiedział mi, że syn czuł się dnia poprzedzającego zupełnie zdrowym, w nocy nagle zerwał się z łóżka, zaczął krzyczeć, biegać po pokoju, wybił szybę w oknie, wreszcie na wpół przytomny upadł na łóżko i w tym stanie pozostał do rana. Chorego zastałem, jak to wyżéj wspomniałem, w stanie jakby ciężkiego odurzenia, na zapytania odpowiadał niechętnie, źrenice oddziaływały prawidłowo. Stan był bezgorączkowy, żadnych zmian w narządach nie dało się wykryć. Chory nigdy nie nadużywał napojów, o jakiémś otruciu nie mogło być mowy. Stan ów przypomniał mi mocno poprzednio opisanego chorego i to skłoniło mnie do szczegółowego zbadania czucia skóry i tutaj téż, podobnie jak w poprzednim przypadku, znalazłem zupełne znieczulenie skóry, szczególniéj odnóg dolnych a w mniejszym stopniu górnych. W skutek tego wyraziłem przypuszczenie co do możliwości zaczadzenia, poleciłem ojcu chorego zbadanie pod tym względem wszystkich okoliczności i rzeczywiście oświadczono mi na drugi dzień, że wieczorem przed zapadnięciem chorego piec był mocno napalony węglem, drzwiczki zaś hermetyczne nie zupełnie dobrze zamykały się. Chory dnia następnego czuł się zupełnie dobrze, anestezyja skóry zniknęła zupełnie. I w tym przypadku mieliśmy bardzo niejasny obraz zaczadzenia występujący pod postacią tak zwaną przez autorów „pseudo manijakalną“, a w któréj tylko zupełna anestezyja skóry była nam w stanie wyjaśnić istotną przyczynę choroby.

W literaturze zaczadzenia napotykamy tylko nieliczne i niedokładne wzmianki, dotyczące powyższego objawu i tak w najobszerniejszym podręczniku medycyny sądowéj Maschki Seidel (T. 2, str. 349) wspomina tylko ogólnikowo, że zdarzają się czasem częściowe, nieraz nawet zupełne, znieczulenia skóry w zaczadzeniu, daléj Rochelt (*W. med. Presse*, 1875) opisuje, że po otruciu gazem świetlnym u mężczyzny silnego wystąpiło zniedołężnienie umysłowe pierwotne, anestezyja i pareza wyleczone po kilku miesiącach. Friedberg (*Vergiftung durch Kohlendunst*, 1866) wymienia jako następstwa otrucia zmniejszenie lub nawet zniesienie zupełne czucia w różnych częściach ciała a na str. 123 przytacza przypadek Schroetza p. t. *Empfindungs u. Bewegungs-Lähmung des rechten Armes mit Atrophie.* Jeszcze jeden przypadek cytuje Siebenhaar i Lehmann (*Die Kohlendunstvergiftung*, 1858), spostrzegany w 1857 roku w klinice Grisolla. U mężczyzny 50-letniego po zaczadzeniu wystąpiła anestezyja zupełna na skórze, z wyjątkiem głowy, szyi i górnéj przedniéj części klatki piersiowéj. Po sześciu dniach chory opuścił szpital, anestezyja atoli mało się zmniejszyła.

Zaczadzenie u nas w zimie nie należy do rzeczy rzadkich szczególniéj w miastach wielkich przeważnie opalanych węglem kamiennym. Otóż byłoby pożądaném, aby szan. koledzy, którzy podobne przypadki spostrzegać będą, zechcieli zwrócić uwagę na wyżéj opisany objaw, t. j. znieczulenie skóry, który w wielu wątpliwych przypadkach może być ważnym momentem rozpoznawczym.

VII. Jaglica w wojsku i środki zaradcze.

Podał

Dr. Józef Talko.

Praca niniejsza jest jednym z rozdziałów obszernego sprawozdania za 1885 r. „O stanie chorób ocznych w wojskach warszawskiego woj. okręgu.“ Pochop do ogłoszenia jéj dał mi artykuł niedawno zamieszczony w czasopiśmie petersburgskiém „Wojenno-sanitarnoje Dieło“ (Nr. 46, str. 547), w którym wyczytałem, że chorych na jaglicę w niemieckiéj i austryjackiéj armii zupełnie nie ma, gdyż popisowi z jaglicą wcale do wojska nie bywają przyjmowani, a żołnierze z tém chroniczném cierpieniem oczu natychmiast z wojska bywają wydalani. Według zasięgniętych wiadomości okazuje się, że w Austryi uwzględniają tylko ostrą jaglicę, z chroniczną jednak przyjmują do wojska. Przepisów pruskich nie znam. Zdaje mi się jednak, że armija rosyjska, zaliczając do szeregów popisowych jaglicą dotkniętych, nie jest w wyjątkowém co do tego położeniu. Dla czego jednak w wojsku rosyjskiém jaglica daje się więcéj we znaki władzom wojskowym i lekarzom? Oto dla tego może, że po pierwsze rok rocznie przybywa w celu uzupełnienia wojsk znaczna ilość rekrutów już jaglicą dotkniętych, a powtóre, że pod względem higijeny i wykształcenia żołnierz rosyjski pozostawia wiele do życzenia.

Przechodzę obecnie do właściwego przedmiotu.

Jaglica (*trachoma*) uznaną jest obecnie za bezwarunkowo zaraźliwą sprawę spojówki oka. Stopień tylko zaraźliwości zależy od wydzieliny choréj błony: bywa ona mniejszą w t. z. suchéj jaglicy, wzmaga się przy ukazaniu się zapalnych objawów z cechą nieżytową i ropną. Z dwóch postaci jaglicy,

ziarnistéj (*tr. folliculare*) i brodawkowatéj (*tr. papillare*), zaraźliwszą jest ostatnia, a mianowicie ta, która najczęściéj przechodzi w stan ostry. Ważną rolę w udzielaniu się zarazy gra przytém załamek spojówki obu powiek: jeśli on nabrzmiewa, czerwienieje, staje się wiotkim — ukazuje się nadmierna wydzielina, ten główny krzewiciel choroby.

Jaglica, jak wiadomo, bywa niewidoczną dla nielekarzy, a tém samém i władz wojskowych; przytém żołnierze, dotknięci tém przewlekłém cierpieniem, nie uskarżają się wcale na oczy. Rozpoznać jaglicę może tylko lekarz, odwróciwszy nietylko dolną ale i górną powiekę. Jaglica staje się dotkliwą dla żołnierza i widoczną dla oficerów wtedy, gdy oko zaczerwienieje i w kątach jego zacznie się zbierać wydzielina śluzowa, t. j. gdy się przyłączą objawy zapalne. To jest właściwym powodem, dla którego władza wojskowa zwykle tak mało zwraca uwagi na tę sprawę chorobową, która przebiegając przewlekle, często niewidocznie, służy równocześnie za źródło, z którego przy niesprzyjających warunkach służby powstają w wojsku epidemije chorób ocznych.

Że jaglica stanowi wielkie złe w armii rosyjskiéj, w któréj odsetka chorych na jaglicę większą jest aniżeli w armijach innych państw europejskich, [1]) przemawia między innemi i ten smutny fakt, że żołnierze puszczani do domów celem poprawy zdrowia (2 kategoryja) lub też uwalniani z wojska zupełnie (3 kategoryja) z powodu wad i utraty wzroku, prawie wyłącznie zawdzięczają swe kalectwo tylko jaglicy, skutkiem któréj tworzą się blizny spojówki a następnie zaćmienia rogówki.

W państwie rosyjskiém od czasu pojawienia się epidemii chorób ocznych w początkach XIX wieku, starano się głównie o przerwanie tychże, t. j. gaszono na razie pożar, nie myśląc wcale o środkach zaradczych.

Bardzo ważnym w téj sprawie, t. j. w niedopuszczaniu rozwinięcia się w wojsku epidemii chorób ocznych był rozkaz do armii czynnéj w r. 1838 pod Nro 115, w którym powiedziano: chorzy mający ślady ziarnistości i chropowatości spojówki, powinni być oddzielani od zdrowych (§ 1) i rozlokowywani w oddzielnych wioskach, w stodołach, o ile można najprzestronniéj (§§ 14 i 15) [2]). Te środki zaradcze, zaproponowane przez b. naczelnego lekarza sztabowego Czetyrkina, były wprawdzie stosowane w wojsku konsystującém w Król. Polskiém, lecz wkrótce zostały zaniechane. Stanowczy wpływ na zmniejszenie chorób ocznych w wojskach okręgu warszawskiego wywarł okólnik głównego wojskowego zarządu lekarskiego z dnia 31 sierpnia 1881 r., w którym polecono zastosować 14 punktów, mających zapobiegać na przyszłość powstawaniu epidemij chorób ocznych. Pochop do tego dała epidemija w 1881 r. w 9tym sybirskim pułku Grenadyjerów (w moskiewskim woj. okręgu), podczas któréj oślepło 36 i wyszło z wadami wzroku 51 szeregowców.

Okólnik ten zwraca głównie uwagę na to, „aby ludzi z suchemi granulacyjami nie pomieszczać razem ze zdrowymi;“ aby w razie najlżejszego zaostrzenia się sprawy chorobowéj niezwłocznie odsyłać chorych do ambulansów ocznych („okolotok“); aby podczas wiatru i kurzu dotknięci jaglicą zwalniani byli od zajęć służbowych; aby tylko co 6ty dzień odbywali wartę; aby mieli dostateczną ilość wody do umywania rąk i twarzy, podczas lata używali kąpieli 2 razy tygodniowo; i aby mieszkania żołnierzy przewietrzane były codziennie, a pościel i ubranie starannie czyszczone i trzepane.

Środki zaradcze przeciw chorobom ocznym w wojskach warsz. woj. okręgu były opracowane w okręgowym wojskowym zarządzie lekarskim i wydrukowane w rozkazie do armii okręgu warsz. w 1884 r. Dały one podstawę do ogłoszenia rozporządzeń wydziału wojny z dnia 16 sierpnia 1885 r., pod Nr. 209, poczém wprowadzone zostały w czyn prawidła dołączone do tego rozkazu. (Dok. n.)

[1]) Ocznych chorych pro mille było: W pruskiéj armii 1881/2 r. 25‰ (średnio 29,8 z 9 lat); w angielskiéj 1882 r. 15‰ (w armii zaś egipskiéj 37,8‰); w francuskiéj 1882 r. 36,3‰; w austryjackiéj 1881 r. 60‰ ($^1/_5$ z jaglicą); we włoskiéj 1882 r. 67‰; nakoniec w armii rosyjskiéj 1882 91‰, t. j. że chorobliwość oczu w naszéj armii była 6 razy większa — niżli w angielskiéj, 3 $^1/_2$ — niżli w pruskiéj, 2 $^1/_2$ — niżli we francuskiéj, 1 $^1/_2$ — niżli w austryjackiéj, 1 $^1/_3$ — niżli we włoskiéj.

[2]) P. Priłożenija k postanowlenjani po czasti prakticzeskoj wojennoj medicinskoj policji. Warszawa 1850.

VIII. O powstawaniu jaskry zapalnéj po atropinie.

Podał

Dr. Bol. Wicherkiewicz [1]).

Prawie każdy okulista robi to smutne doświadczenie, iż wielu chorych traci bezpowrotnie wzrok w skutek tego, że chory dotknięty objawami zwyczajnéj jaskry chronicznéj w skutek niepoznania choroby, niestósownie bywa leczony.

Ze względu na to, iż jaskra jako choroba nie tylko w dawnych czasach zagadkowa, ale i dziś jeszcze nie ze wszystkiém dostatecznie pod względem etyjologii i symptomatologii wytłumaczona, lekarzowi nietrudniącemu się wyłącznie chorobami oczu nie dość wyraźnie się narysowuje, nie można się dziwić, iż częstokroć nie dość wcześnie lub wcale nie bywa przez niego rozpoznawaną.

Wystawmy sobie osobę, która od niejakiego czasu uczuwa ból w oczach, doznając nie tylko pewnéj trudności przy czytaniu, pisaniu itd. ale nadto osłabienia wzroku na jedném lub na obu oczach. Pewnego dnia objawy te potęgują się i oko staje się czerwoném. Lekarz sąsiedni lub domowy zapytany o radę, widzi oko zaczerwienione, rogówkę lub części po za nią będące nieco zamglone, źrenicę średnio rozszerzoną, mało ruchomą, a tęczówkę w stanie przekrwienia.

Objawy te mające, nie przeczę, niejedno znamię podobieństwa z zapaleniem tęczówki lub tęczówkowo-rzęskowém, wystarczają zazwyczaj nie dość wprawnemu koledze do rozpoznania zapalenia tęczówki. Środek, do którego się więc przedewszystkiém ucieka, jest atropin. Zapuszcza go choremu raz, drugi raz, lecz zamiast zmniejszenia objawów chorobowych przekonywa się, iż takowe jeszcze więcéj się pogarszają a ból doprowadza chorego do rozpaczy. Chory powraca znowu do lekarza prosząc o ulgę w dolegliwościach; ten każe daléj atropin stósować, tém częściéj im silniejszy ból, a może i kilka jeszcze przystawić pijawek. Gdy wzrok, który tymczasem zniknął, nie powraca, oświadcza ostatecznie lekarz choremu, ażeby zasięgnął porady specyjalisty.

Byle tylko ta chwila nie była zbytnio odwlekaną jeszcze można stósowną terapiją przyjść w pomoc, lecz biada, gdy kolega, jak często, w swéj niemocy i próżnemi wiedziony względami, siebie łudzi, chorego daléj pocieszając, że chorobę uda mu się pokonać.

Jeżeli bowiem chory już kilka tygodni z cierpieniem tém walczył, natenczas wyrok pod względem powrotu wzroku zapadnie w słowach „za późno.“

[1]) Według wykładu mianego w Sek. lek. Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu.

Sąto przypadki, które niestety zdarzają się zawsze jeszcze zbyt często i są tém smutniejsze, że sumienie lekarza mocno w téj sprawie bywa obciążoném. Mówię z doświadczenia, przejęty żywą boleścią, gdy chorzy tacy przybywają, aby usłyszeć smutny wyrok skazujący ich na wieczną ślepotę [1]).

Są jednakże inne przypadki, w których atropin stósowany do oka wywołuje również jaskrę ostrą zapalną, a któréj nawet najbieglejszy w swym zawodzie lekarz częstokroć przewidzieć nie może. Objaśnię to na przykładzie:

Chory zasięga rady naszéj z powodu upośledzenia wzroku wzmagającego się coraz bardziéj. Zresztą nie skarży się na żadne dolegliwości.

Zewnętrznie nie przedstawia oko na pozór nic nieprawidłowego. Źrenice są mniéj lub więcéj wązkie. Spostrzegamy w soczewce zaćmienia, które są powodem, że wziernikiem przy wązkiéj źrenicy nie możemy zbadać głębszych części oka, a mianowicie, dna tegoż. Lubo zaćmienia te mogą nam wytłomaczyć w przybliżeniu stopień upośledzenia wzroku, to jednak chcielibyśmy się przekonać o rodzaju i stopniu zaćmienia soczewki celem rokowania, a zarazem, jeżeli być może, o stanie głębszych części oka. Stosujemy więc atropin lub inny jaki środek rozszerzający źrenicę, a osiągnąwszy zamierzony cel, zadawalamy się zaznaczeniem rozwoju zaćmy nie mogąc nic innego dojrzeć. Chorego puszczamy do domu, polecając mu, aby się stawił po kilku tygodniach lub miesiącach, gdyż chwilowo zaćmy usunąć nie można. Chory, który dotychczas był wolnym od bólu, dostaje po niejakim czasie rwania w oku i nad okiem i traci wśród objawów zapalnych i tę odrobinę wzroku, jaka mu jeszcze pozostawała.

Jeżeli jednakże wcześnie powróci po opiekę biegłego lekarza, szkoda może być naprawioną, gdy zaś pominie tę sposobność, strata stanie się niepowetowaną. Każdy odgadnie, że tu prócz zaćmy mieliśmy do czynienia z jaskrą zwyczajną, którą atropin zamienił na jaskrę ostrą zapalną.

Jaskra prosta jako też zaćmienie soczewki będąc chorobami późniejszego wieku, pojawiają się często równocześnie na tém samém oku. Lubo przez dokładne oznaczenie napięcia gałki i zbadanie pola widzenia, obie choroby możemy z pewną dokładnością rozróżnić, to jednakże w niektórych razach, mianowicie gdy zaćma już jest znacznie posuniętą, a badanie oka przypada na chwilę, w któréj objawy jaskry nie występują, rozpoznanie na znaczne napotyka trudności lub staje się niemożebném. Wtenczasto właśnie, uciekając się do środków mydriatycznych, wywołujemy silne zaburzenia w ustroju oka. Przypadki takie zdarzają się od czasu do czasu nawet okulistom i nie należą już wcale do rzadkich.

Przypadek, który obecnie opisać zamierzam, podał mi sposobność nietylko do stwierdzenia znanego zkąd inąd zjawiska, iż atropin pod tym względem jest środkiem nader niebezpiecznym, ale nadto nadaje się do kilku teoretyczno praktycznych uwag.

Joanna Schrimmerowa, 66 lat mająca, żona kupca, izraelity, zasięgała pierwszy raz méj rady przed 5 laty, twierdząc, że od 15 lat nosi niebieskie okulary dla światłowstrętu, od 4 zaś lat ma przewlekłe zapalenie powiek, które w ostatnim czasie zapuchły; przytém chora miewa często ból głowy.

Badanie wziernikiem wykazało nieco białe tarcze i może małoco zwężone naczynia, zresztą dno prawidłowe. Wzrok ograniczał się po prawéj stronie do liczenia palców na 20 stóp, po lewéj zaś stronie wynosił $^6/_{36}$ bez szkła, a $^6/_{18}$ z 1 D. Na prawéj rogówce znajduje się wrzodzik wielkości ziarnka prosa o stromych brzegach i dnie lekko nacieklém. Pod wpływem maści atropinowéj i ciepłych okładów jako też maści jodoformowéj, wcieranéj kilka razy dziennie na około oka, wrzodzik zagoił się w przeciągu miesiąca, a ponownie badany wzrok przedstawił się jak następuje:

$$V_{l}^{pr} = \begin{matrix} ^6/_{12} \text{ Hp } 0{,}75 \\ ^6/_{24} - 18 \text{ Hp } 1. \end{matrix} \Big\} \text{ Snellen } 3 \text{ c} + 2 \text{ D.}$$

Jako przyczynę niedowidzenia obwiniać można było niezborność rogówkową nieregularną i początkującą zaćmę.

W dwa lata późniéj przybywa chora ponownie około 17 września skarżąc się, iż zapalenie powiek powraca. Wzrok wynosi:

$$V_{l}^{pr} = \begin{matrix} ^6/_{18} \text{ Hp } 2{,}5 \\ ^6/_{12} \text{ Hp } 2{,}25 \end{matrix} \Big\} {}^6/_{12} \text{ Schw. } 0{,}4 \text{ c} + 4{,}5.$$

Pod wpływem zakraplań rozczynu cynkowego i po użyciu maści powiekowéj, zapalenie w krótkim czasie ustąpiło, przyczém jednakże wzrok pozostał niezmienionym.

W październiku 1884 roku chora znowu przybyła, lecz tym razem dla uszu *(Otitis media hypertrophica)*. Stan oczu był niezmienionym. Przez 2 następne lata nie słyszałem o choréj nic. Dopiero 25go przeszłego miesiąca przedstawiła się w godzinach ordynacyjnych prosząc o okulary, gdyż dawniejsze nie wystarczają. Skarżyła się przytém na ból w lewém oku dolegający od kilku tygodni, daléj na kaszel i krótki oddech.

Celem przeznaczenia szkieł, przedsięwziąłem ściślejsze badanie obydwóch ócz: znalazłem przy znacznem łzawieniu spojówki powiek przekrwione i lekko obrzmiałe, na dolnych powiekach kilka rzęs ku gałce zwróconych. Niektóre przednie żyły twardówkowe nieznacznie rozdęte, rogówki czyste, przednie komórki nieco płytkie, źrenice regularne, wązkie (2 mm.) i powolnie na światło oddziaływające. Dotykanie nerwów nadoczodołowych bolesne.

V^{pr} palce trzymane przed samém okiem projekcya niepewna
$V_{l} = {}^6/_{12}$ Hp. 2,25 Schw. 0,75 c + 4,5 na 28 ctm.

Gałki na dotykanie niewrażliwe; napięcie prawidłowe.

Przy wązkich źrenicach widać było wprawdzie w obu soczewkach zaćmienie płaskie kory, i to w prawém oku tak dalece ku środkowi rozciągające się, iż badanie dna oka było niemożebném, w lewém zaś oku przekonałem się nie bez trudności, iż tarcza w środku była lekko wklęsła, jednakże nie więcéj, jak w granicach zboczeń wrodzonych. Brzeg zaklęśnięcia lekko tylko stromy, tętnice siatkówki nieco cieńsze, żyły prawidłowe. Tętnienia nie spostrzegłem.

Lubo zaćmienie soczewki l e w é j tłomaczyło dostatecznie upośledzenie wzroku oka lewego, to jednakże tak znaczny upadek wzroku oka p r a w e g o nie mógł być wytłumaczonym samą zaćmą początkującą, gdyż dość dużo jeszcze tutaj światła przechodziło do wnętrza i sprawiało, iż dno czerwono przebijało. (Dok. nast.).

[1]) Zdarzały mi się nawet przypadki następującego rodzaju: choremu, który przybywa do mnie z prośbą przywrócenia wzroku postradanego w pomieniony sposób na jedném oku udzielam, widząc niemożność przyjścia w pomoc, przestróg, aby przynajmniéj czuwał nad drugiém okiem i zważał na objawy, (które chociaż nie powinny mu być w obec cierpienia dopiero co przebytego nieznane w głównych zarysach raz mu jeszcze przedstawiam) napominając, aby, gdy one wystąpią, niezwłocznie zasięgnął rady okulisty. W kilka lat później tenże chory uległszy tym samym złudzeniom i mylnemu osądzeniu choroby, zwraca się dopiero wtenczas o pomoc, gdy i na drugiém oku wzroku nie można już przywrócić!

IX. Przyczynek do nauki o wydzielaniu się żelaza z ustroju zwierzęcego i do nauki o ilości tego metalu u głodzonych zwierząt.

Podał
Dr. Stanisław Szczepan Zaleski,
Asystent Inst. Farmakologicznego Uniwersytetu i Doc. Inst. Weteryn. w Dorpacie.

W sprawie wydzielania się żelaza z ustroju zwierzęcego sprzeczne w nauce istnieją poglądy. Złożyło się na to wiele okoliczności: z jednéj strony trudności chemicznego rozbioru zwłaszcza gdy chodzi o niewielkie ilości żelaza, gdyż niezbędne są w tym razie odczynniki zupełnie od tego metalu wolne, z drugiej, brak pozytywnych danych co do chłonienia i przyswajania żelaza z pokarmów i przetworów, a wreszcie, nieuwzględnienie fizyjologicznych warunków co do obecności żelaza w pewnych narządach. Prace ostatnich czasów wypełniły w znacznéj części te braki, tak że ostateczne rozstrzygnięcie téj, aż dotąd wątpliwéj kwestyi dziś możliwém się staje.

Żelazo, fizyjologicznie z pokarmami przyjmowane, spełniwszy swą rolę w ustroju, wydziela się na zewnątrz różnemi drogami. Z badań Gorup-Besaneza, Anselmina, Herbergera, Vitalego i Latiniego, Thénarda, Schottina i Kollmanna [1]) wnosićby należało, że już za pośrednictwem potu traci nasz ustrój pewną część swojego żelaza, chociaż Lehmann, wbrew powyższym autorom, niewielkie ilości jego, w pocie wykryte, czyni zależnemi od zanieczyszczenia téj wydzieliny przez złuszczający się naskórek i inne wytwory skóry. Natomiast w ślinie znaleźli żelazo, jako składnik stały Gorup-Besanez, Wright i Enderlin. I złogi, że śliny powstałe, według badań Humberta i Lassaignego, zawierają także żelazo. Główne jednak drogi dla wydzielania się żelaza pokarmu na zewnątrz stanowią inne, niż ślina, soki przewodu pokarmowego, a także i mocz.

Sok żołądkowy, jak przekonywają liczne rozbiory E. Wilda, Braconnota, Berzeliusa, Frerichsa, Thiedemanna i Gmelina, Kl. Bernarda, A. Mayera, C. Schmidta, Grünwaldta i w. in., a w téj liczbie i moje własne, stale zawiera w sobie żelazo. Według obliczeń Scherpfa, dokonanych na podstawie prac C. Schmidta i Grünwaldta, żołądek człowieka w ogóle wydziela w ciągu dnia 0·03 gr. tego metalu. W wydzielinach prawie wszystkich błon śluzowych, a szczególniéj kiszek, wykryli żelazo A. Mayer, Buchheim, Bidder ze Schmidtem, Gorup-Besanez i Wood. W skutek tego sądzą wzmiankowani badacze, że żelazo wydziela się w ogóle przez błony śluzowe. Przeczą temu w każdym razie doświadczenia Quinckego, który badając wydzielinę pętli kiszek, izolowanéj sposobem Thiryego, nie wykazał w niéj wcale żelaza, nawet po spopieleniu. Z drugiéj jednak strony zauważył Quincke, że błona śluzowa kiszek, skropiona siarczkiem amonu, przyjmuje w warunkach normalnych kolor zielonawy, zkąd wniosek, że zawiera żelazo. Obfitym względnie w żelazo jest sok trzustkowy, jak to wykazali Bidder i Schmidt, a także Krüger. Z prac ich wynika, że z sokiem trzustkowym człowieka zwykłego wydziela się dziennie około 0·0064 Fe.

Największe bezwarunkowo ilości rzeczonego metalu wydzielają się z żółcią. Z zestawień i obliczeń Scherpfa wypada, że człowiek zwykły traci z tą wydzieliną w ciągu dnia około 0·0428 grm. żelaza. Że żelazo należy istotnie do stałych składników żółci, wypływa z całego szeregu rozbiorów, wykonanych przez Thénarda, Biziego, Enderlina, A. Mayera, H. Rosego, Weidenbuscha, Jacobsona, C. Dietricha, Younga, Hoppe-Seylera i Trifanowskiego, Frerichsa, Kunkla, Hamburgera i nakoniec z 13-u moich własnych rozbiorów, dotąd jeszcze nieogłoszonych. I kamienie żółciowe zawierają w sobie także żelazo; przekonali się o tem wielokrotnie Wurzer, John, Joyeur, E. Ritter i inni.

Duże również, choć nie tak wielkie, jak z żółcią, wydzielają się ilości żelaza z moczem. Obecność jego w moczu długi czas stanowiła punkt sporny. Że wydzielina ta niewątpliwie zawiera żelazo, wykazały liczne badania rozmaitych autorów, jak Simona, Rosego, Vialego, Donnégo, W. Hassego, Nitscha, Kramera, Biddera i Schmidta, Fleitmanna, Lehmanna, Boussingaulta, Magniera, Hamburgera, Giacoli i innych. Dorosły człowiek zwykły traci, według Scherpfa, dziennie z moczem 0·009 Fe. Ślady jego zawiera także prawie każdy kamień moczowy. W 10-u badanych w tym celu kamieniach różnego kształtu, gatunku i pochodzenia udawało mi się zawsze wykazać żelazo.

Żelazo kału z dwóch źródeł pochodzi: z żelaza, niewchłonionego z pokarmu, i z żelaza, wydzielonego przez soki przewodu pokarmowego. Liczni autorowie, jak Porter, Fleitmann, Rogers, Boussingault, Bidder i Schmidt, Wild i w. in., wielokrotnie oznaczali ilości żelaza w kale. Z rozbiorów tych okazuje się, że ilość wydzielonego przez kał metalu bardzo wielkim podlega wahaniom, stosownie do pokarmu, stanu trawienia itp. warunków.

Według Lussany żelazo, z żółcią do dwunastnicy wydzielone, ma w kiszkach ponownemu ulegać wchłanianiu i znów się do żółci dostawać; tym sposobem istniałby dla żelaza osobny obieg, podobny do tego, jaki Schiff dla żółci wykazał. Do krwiobiegu dostawałyby się w takim razie niewielkie tylko ilości żelaza. Że żelazo, raz przez sok żołądkowy i sok kiszek wydzielone, w dalszym swym przebiegu przez przewód pokarmowy ponownemu chłonieniu rzeczywiście ulegać może, wypływa to z badań Wilda, który w ciągu 10 dni karmił owce sianem, zawierającém pewną, oznaczoną ilość żelaza i oznaczał następnie ilość jego w treści rozmaitych części przewodu pokarmowego, począwszy od żołądka aż do odbytnicy.

Dodać wypada, że pewne ilości żelaza traci organizm stale wraz ze złuszczającym się naskórkiem i z włosami, w których Baudrimont, Vauquelin, Laër, Boussingault, Wolf i inni wykryli dość znaczne ilości w mowie będącego metalu. Autorowie, zajmujący się kwestyją wydzielania żelaza z ustroju, mało dotąd uwagi na tę okoliczność zwracali.

Czy łzy zawierają żelazo, bardzo jest wątpliwém. Obecność jego w wydzielinie macicy zwierząt wykazaną została przez Schlossbergera.

Niestała wydzielina ustroju, mleko, zawiera w sobie stałe, choć stosunkowo nieznaczne ilości żelaza. Stwierdzają to rozbiory R. Webera, Gorup-Besaneza, Berzeliusa, Schwarza, Wildensteina i Haidlena, Grouvena, Hensiusa, Sehevena, Boussingaulta, Bystrowa, Magniera, Bungego i kilku innych.

---

[1]) Przy zestawieniu literatury, posiłkowałem się po części pracami oryginalnemi, o ile je znaleźć mogłem w tutejszych biblijotekach: Uniwersyteckiéj i Instytutu Weterynaryjnego, po części zaś rocznikami i literackiém studyjum Scherpfa: „*Die Zustände und Wirkungen des Eisens im gesunden und kranken Organismus*“. *Spt.-Abdr. a. d. Pharmacolog. Unters. II.*, obejmującém w sobie całą literaturę dotyczącą żelaza w ustroju aż do 1877 r.

Korzystam ze sposobności, aby na tém miejscu zaznaczyć, że i w ludzkiém nasieniu, pochodzącém od zupełnie zdrowych osobników, udało mi się kilkakrotnie stwierdzić obecność żelaza, którego jednak ze względu na stosunkowo niewielkie ilości ilościowo oznaczyć nie mogłem.

Tak ma się rzecz z wydzielaniem żelaza, które w warunkach fizyjologicznych, t. j. wprost z pokarmu, wessaniu uległo. Inaczéj nieco ma się rzecz, gdy żelazo sztucznie, tj. jako chemiczny przetwór do ustroju wprowadzimy. Uwzględnić w tym ostatnim razie przedewszystkiém należy, w jaki sposób podane zostało żelazo, czy przez przewód pokarmowy, czy też wprost przez krew.

Kl. Bernard twierdzi, że w wydzielinie gruczołu przyusznego brak zawsze żelaza, nawet po sztuczném wprowadzeniu go do żołądka, lub po zastrzyknięciu do krwi. Wyjątek z pośród innych przetworów żelaza stanowić miał tylko jodek żelazawy (*Eisenjodür)*, który zarówno po wprowadzeniu go do żołądka przez przetokę żołądkową, jak i po zastrzyknięciu do krwi, można było w ślinie, jako jod i żelazo wykazać. Po równoczesném wprowadzeniu do krwi jodku potasu i mlekanu żelaza udawało się w ślinie tylko jod odnaleźć. Doświadczenie to przez nikogo zresztą dotąd, o ile się zdaje, niepowtórzone, spotkało ostrego krytyka w osobie Buchheima, który je wprost podał w wątpliwość.

Co do wydzielania się żelaza chemicznych przetworów przez żołądek i przez kiszki, to istnieją w tej mierze także doświadczenia Kl. Bernarda, który zastrzykiwał królikom do naczyń równocześnie mlekan żelaza i żółtą sól (żelasinek potasu) (*Ferrocyankalium*) i widział następnie niebieskie zabarwienie odźwiernika żołądka i takież zabarwienie, choć rzadziéj, małéj jego krzywizny. Podobne wyniki osiągnął także, wstrzykując równocześnie chlorek żelazowy (*Eisenchlorid*) i rodanek potasu (*Rhodankalium*). Sprawdzeniem rzeczonych doświadczeń Kl. Bernarda zajęli się Kölliker i Müller i doszli do wręcz przeciwnych wyników, czyli inaczéj mówiąc, po zastrzyknięciu cytrynianu żelaza bądź podskórnie, bądź też do krwi, albo też po wprowadzeniu go do żołądka, nie mogli następnie nigdy spostrzedz, żeby się żelazo wydzielało bądź przez żołądek, bądź też przez kiszki.

Według badań A. Mayera i Buchheima żelazo do krwi wprowadzone, wydziela się przez błonę śluzową przełyku i dalszych części przewodu pokarmowego, a także przez błonę śluzową dróg oddechowych i moczowych. Doświadczeniom tym przeczą znowu badania Quinckego, który po zastrzyknięciu żelaza do krwi nie mógł go następnie wykryć w wydzielinie pętli kiszek, sposobem Thiryego oddzielonéj od reszty przewodu pokarmowego.

Że żelazo do krwi zastrzyknięte, albo też przez przewód pokarmowy wprowadzone, pojawia się w żółci, starali się dowieść Marcett, Quevenne, Bouchardat, Volpini, Cl. Papi, a wreszcie wymienieni już wielokrotnie Kl. Bernard i A. Meyer. Że pojawia się także w moczu, twierdzą na podstawie swych badań oprócz A. Meyera Schroff, Thiedemann i Gmelin, C. Heidler, Kölliker, Müller, Quincke, Valentiner, Papi i Paganuzzi. Przeciwnie, Quevenne, Gelis i Wöhler są zdania, że nawet po przewlekłém karmieniu zwierząt dużemi dawkami żelaza nie pojawia się ono wcale w moczu.

Zwolennikom wydzielania się żelaza, sztucznie do organizmu wprowadzonego, przez mocz i przez żółć ważny cios zadały sumienne i na ścisłych metodach chemicznego oznaczania oparte prace Hamburgera, który wykazał, że po sztuczném dodaniu przetworów żelaza do pokarmu, zaledwie minimalna część tego metalu przez mocz się wydziela, i że prawie cały jego nadmiar daje się wykryć w kale. W żółci nie mógł Hamburger także wykazać powiększonych ilości żelaza po poprzedniém doprowadzeniu tegoż do pokarmu.

Z czasów najnowszych wymienić wreszcie należy pracę Glaeveckego, który po zastrzyknięciu żelaza do krwi wykrywał je następnie w żółci i w moczu, wszelako bez wykonywania ilościowych rozbiorów. Że w wątrobie i w nerkach ilość żelaza była wtedy także powiększona, przekonywały go mikrochemiczne reakcyje.

Wszystkim rzeczonym pracom uczynić można zarzut, że nie uwzględniały fizyjologicznych co do żelaza warunków ustroju i że nie były oparte na wolnych od zarzutu metodach chemicznego oznaczania. W Iej części swych badań nad wątrobą miałem sposobność wykazać, jak wielkim wahaniom podlegają ilości żelaza w tym narządzie nawet w warunkach fizyjologicznych i jak wiele zależy na dokładności metód chemicznego oznaczania. Zanim możnaby było orzec, jak się ten lub ów narząd lub tkanka zachowuje wobec odczynników żelaza, wprost na nie zastosowanych, po zastrzyknięciu zwierzęciu do krwi lub podaniu mu w pokarmie przetworów żelaza, należałoby wpierw zbadać, jak się rzecz ma z narządami i tkankami w warunkach zupełnie prawidłowych, bez wszelkiego sztucznego doprowadzania rzeczonego metalu. Rzecz naturalna, że jednym z najniezbędniejszych warunków tego rodzaju badania jest jak najdokładniejsze przepłukanie naczyń wspomnianych narządów i tkanek, tak jak to dotąd uczyniłem z wątrobą. Mikrochemiczne reakcyje po zastrzyknięciu do krwi przetworów żelaza, lecz bez następnego usunięcia krwi z narządów, także niedaleko prowadzą, reakcyję bowiem daje przedewszystkiém do krwi dodane żelazo, przez co w narządzie, gdzie unaczynienie silniejsze, jak np. w wątrobie i reakcyja staje się silniejszą. Że sztucznie do krwiobiegu wprowadzone żelazo istotnie przez czas dość długi w naczyniach krąży, będę miał sposobność poniżéj wykazać.

Z całego szeregu prac wyżéj wymienionych wolną jest zupełnie od zarzutu jedynie praca Hamburgera, oparta na wszelkich ostrożnościach chemicznego badania tam, gdzie minimalne ilości rozstrzygają. Sumienną jest również i praca Quinckego, który pierwszy wpadł na myśl, żeby na błonę śluzową zupełnie prawidłowego zwierzęcia siarczek amonu zastosować i przekonał się, że i ta oddziaływa na żelazo. Wszystkie inne prace potrzebują bezwarunkowo sprawdzenia, opartego na pewniejszych i dokładniejszych metodach badania przy zastosowaniu odczynników zupełnie od żelaza wolnych i przy uwzględnieniu przedewszystkiém prawidłowych tkanek i narządów.

Na podstawie całego szeregu prac wykonanych po większéj części w strasburskim Instytucie farmakologicznym, wnosićby należało, że wszystkie t. zw. ciężkie metale, bezpośrednio jako podwójne sole do krwi wprowadzone, wydzielane bywają na zewnątrz przeważnie przez błonę śluzową przewodu pokarmowego. Najwymowniejszy dowód w tym kierunku podali Kobert i Cahn dla manganu i wyprowadzili ztąd wniosek, że i żelazo, jako metal pod wieloma względami, a zwłaszcza fizyjologicznie z manganem współrzędny, tymże samym prawom podlegać musi, czyli, inaczéj mówiąc, po zastrzyknięciu do naczyń przez ścianę przewodu pokarmowego na zewnątrz się wydziela. Dowodem jednak twierdzenia tego nie poparli.

Przypuszczenia Koberta i Cahna we wspomnianych pracach Hamburgera pozyskały bardzo ważny argument. Z prac

tych jednak nie wypływa bynajmniéj, jakoby żelazo sztucznie do ustroju wprowadzone, chłonieniu w znacznym stopniu ulegać miało. Najprawdopodobniejszém wydaje się, jeżeli pominiemy zupełnie twierdzenie Lussany co do ponownego chłonienia żelaza, raz z żółcią wydzielonego, że metal ten, w postaci przetworów farmaceutycznych podany, bez spełnienia jakiejkolwiekbądź ważnéj roli fizyjologicznéj, wraz z niestrawionemi częściami pokarmu ustrój opuszcza. W obec tego dla rozstrzygnięcia pytania, jakiemi drogami wydziela się żelazo, będące we krwi niewątpliwie w nadmiarze, niezbędném jest wprowadzić je poprzednio do naczyń w formie najodpowiedniejszéj i wtedy dopiero rozpocząć poszukiwania, oparte na możliwie najściślejszych metodach, z uwzlgędnieniem fizyjologicznych warunków. (C. d. n.)

X. Monoplegia anaesthetica.

Forma przewlekła.

Podał

Prof. Adamkiewicz.

Jako uzupełnienie obrazu choroby nazwanéj przezemnie „monoplegiją czucia" w poprzednim przypadku przedstawionego może posłużyć następujący przypadek, identyczny w zasadzie do pierwszego w Nr. 48 Przegl. Lek. opisanego.

W czerwcu 1884 prosił mnie o poradę lekarską p. S. L., tutejszy kupiec z powodu bólu i pewnego nieprzyjemnego uczucia w nogach. Opowiadał on, że przed czterema miesiącami zbudził się pewnego dnia z dokuczliwém uczuciem gorąca w całéj prawéj nodze bez stanu gorączkowego. Do tego przyłączyło się późniéj niemniéj przykre rwanie i wiercenie, które od tego czasu nie chciało ustąpić. Występuje ono wprawdzie na całéj odnodze, lecz szczególnie silnie na przedniéj powierzchni uda i na kolanie, gdzie się formalnie zagnieździło. Ból ten przeszkadzał mu w chodzeniu tém bardziéj, że przy ruchach się powiększał. Doznawał przytém często omdlenia w kolanie i zdawało mu się, jakoby się ono uginać chciało. W dwa miesiące późniéj zapadł także i na lewą nogę. Chory nie doznawał w nodze téj uczucia gorąca, ani skreślonego bólu lecz całkiem właściwych i niemniéj męczących uczuć: doznawał uczucia jakoby cała noga lewa była mokra i zimna, a na udzie, jakoby było mocno zasznurowane. Zresztą nie skarżył się chory na żadne inne dolegliwości. Ruchy w nogach nigdy nie były upośledzone. Pęcherz i kiszka odchodowa, jak szczegółowo zapewnia, miały funkcyjonować należycie, podawał tylko, że uczuwa w okolicy kości krzyżowéj tępy ból, a nadto jeszcze tylko to, że w ciągu choroby zmniejszyła się jego potencyja. Chory liczy 43 lat, jest silnie zbudowany i wysokiego wzrostu. Badanie pacyjenta zresztą zupełnie zdrowego nie wykazało, zupełnie podobnie jak w poprzednim przypadku, nic jak tylko ciężkie zaburzenie w sferze czucia ograniczające się do jednéj tylko odnogi, t. j. prawéj nogi. Skóra na niéj okazała się na wszystkie bodźce bólu zupełnie nieczułą. Wystarczy wspomnieć, że przekłócie fałdu skóry igłą, drażnienie jéj pędzlem elektrycznym i najsilniejszym prądem przerywanym nie wywoływało żadnego uczucia a tém mniéj bólu.

Ta zupełna bezbolesność rozprzestrzeniała się w równéj mierze na całą prawą dolną odnogę, udo, podudzie i stopę. (*N. cutaneus fem. later.*, *n. obturatorius*, *n. cruralis anter.*, *n. cutan. fem. post.*, *n. saphenus*, *n. comm. peron.*, *n. cutan. cruris* (*post. med.*), *n peron. superf. et prof.*, *nn. plantares (tibialis.)* Obszar analgezyi téj sięgał ku górze aż do miednicy a tu kończył się ostro w następujący sposób: Z przodu stanowiła granicę nieczułości linija pociągnięta nieco nad *spin. sup. anter. crist. oss. il.* i schodząca nieco ukośnie na dolnéj powierzchni brzucha do spojenia kości łonowych (*N. ilio-hypogastr.*). Od tyłu sięgało znieczulenie aż do pasa pomiędzy *crista oss. il.* i dolnym brzegiem żeber ściśle do linii środkowéj kręgosłupa (*Nn. cutan. clun. superior.*). Od wewnątrz wreszcie należało do obszaru znieczulenia wszystko, co ograniczoném było po stronie choréj przez liniję środkową ciała łączącą spojenie łonowe i wewnętrzny koniec oznaczonego pasu. A zatém należało do obszaru znieczulenia z tyłu skóra odpowiedniego *m. gluteus* (*nn. clunium medii*), od przodu środkowa część górnéj okolicy uda pod więzadłem Pouparta (*n. lumbo-inguinalis* i *n. sparmat. ext.* od *n. genito-crural.*), od środka, międzykrocze aż do *raphae* i połowa worka mosznowego (*nn. perinei et scrotales* od *n. pudend. comm.*, *n. spermaticus exter.* od *genito-crural.*) i ściśle połowa prącia (*n. dors. penis (pudendi)*. Nawet jądro i sznurek nasienny po stronie prawéj (*plex. sperm. inter. n. sperm. extr.*) znosiły łatwiéj ucisk aniżeli po stronie lewéj i nareszcie można było stwierdzić, że zwieracz kiszki odchodowéj i błona śluzowa ujścia cewki moczowéj doznała ściśle połowiczego przytępienia czucia.

Zaburzenie to w czuciu rozprzestrzeniało się na cały obszar zaopatrywany nerwami czuciowemi z pni lędźwiowych i krzyżowych, t. j. z całego splotu lędźwiowego, kulszowego i sromnego.

Porażenie czucia było w tym przypadku tylko częściowe a nie jak w poprzednim całkowite. Czucie mięśniowe i czucie dotyku okazało się bowiem nienaruszone, a temperatury tylko po części zmienione. Lekkie dotykanie i ucisk czuł chory i lokalizował bardzo dokładnie. Sztuczne ułożenie nóg chorego przy zamkniętych oczach rozpoznawał chory dobrze. Możność jednak rozpoznawania bodźców termicznych była stanowczo upośledzona. Przedmioty dobrze ogrzane oznaczał chory jako ciepłe i to nie z wielką dokładnością. Czucie jednak dla zimna nie istniało zupełnie. Przedmioty zimne, nawet kawałek lodu, wywoływały u niego tylko czucie ciepła.

Zresztą z wyjątkiem pewnéj bolesności przy ucisku w okolicy kości krzyżowéj, jak już wspomniałem, nie przedstawiał chory nic nieprawidłowego. Zboczeń troficznych nie było w tym przypadku żadnych. A podnoszę jeszcze szczegółowo, że ruchy czynne i bierne, siła mięśniowa (chory mógł z zamkniętemi oczyma dłuższy czas na każdéj nodze prosto się utrzymać) i pobudliwość elektryczna zachowywały się na obydwóch nogach jednakowo i zupełnie normalnie. Odruch zaś kolanowy po stronie choréj nie pozostawiał, tak samo, jak po zdrowéj, nic do życzenia.

Bardzo prędko straciłem chorego z óez. Dopiero w ostatnich czasach (listopad, 1886) a więc po upływie dwóch lat, miałem znowu sposobność powtórnie go widzieć i badać. Powodem do tego były groźne objawy, które na lewéj nodze wystąpiły i spowodowały szwagra chorego, Dra Wasserthala z Częstochowy, do przedstawienia mi go. Od Dra Kirschnera, który miał chorego w swéj opiece lekarskiéj, dowiedziałem się, że pacyjent przez cały ten czas nie szanował się i nie wykonywał danych mu poprzednio rad. Badanie chorego w obecności wymienionych kolegów dało najdokładniéj ten sam rezultat co poprzednio. Obraz chorobowy był o tyle tylko zmienionym, że analgezyja na nodze prawéj była teraz nieco mniejsza. Chory był zdolnym odczuwać na

nodze chorej w niskim stopniu silny prąd przerywany, którego na miejscach zdrowych znieść nie mógł, a który dawniej nie wywoływał żadnego wrażenia. Przez dwa lata zatem stan choroby mniej więcej został taki sam. Zmienił się obraz chorobowy tylko o tyle, o ile na lewej nodze istniała teraz bolesność w przebiegu nerwu kulszowego tak przy ucisku jak i przy ruchach biernych i czynnych.

I w tym przypadku nie można przyjąć żadnej innej podstawy choroby jak zajęcie tylnych korzeni, w szczególności trzech silnych splotów, lędźwiowego, kulszowego i sromnego. Te same powody, które w poprzednim przypadku zmuszały do wniosku, że ani ośrodki, ani organa końcowe nerwów czuciowych, a między temi ani obwodowe, ani mózgowe drogi nie są siedzibą choroby, mają słowo w słowo ważność swą i dla niniejszego przypadku. Co najwyżej mogłoby przyjść na myśl, czy w obec faktu, że zaburzenie w sferze czucia przeszło na stronę pierwotnie zdrową (lewą) i że porażenie czucia na nodze chorej było tylko częściowém, nie leżała może przyczyna choroby w przypadku drugim, w samym rdzeniu pacierzowym. Podobne jednak przypuszczenie można z łatwością wykluczyć. Pominąwszy, iż, jak dotychczasowe doświadczenie uczy, znieczulenia do opisanego podobne mają tylko powstawać przy zupełnej przerwie odwrotnej połowy rdzenia, przyczém cała odnoga dolna po stronie tej przerwy zostaje ciężko motorycznie porażoną, to przy obecności choroby czysto czuciowej w zakresie trzech wymienionych splotów musiałby, przypuszczając innego rodzaju cierpienie organiczne rdzenia pacierzowego, sam rdzeń w obszarze tych splotów, t. j. w całym swym przebiegu od XII korzenia piersiowego na dół być zajętym. Równocześnie musiałoby to zajęcie, ponieważ w naszym przypadku z czysto czuciowém zaburzeniem mamy do czynienia, odnosić się jedynie do obszaru tak małego i w tkance rdzeniowej ograniczonego, jak są tylne wiązki korzeniowe i szare rogi tylne. Rozumie się samo przez się, że nie można o tém ani myśleć. Sprawa, którąby w tak wielkiej rozległości wspomniane części rdzenia miała zajmować, musiałaby przynajmniej rozprzestrzenić się także na sąsiednie części sznurów tylnych i bocznych, jeżeli nawet nie na przednie części rdzenia, a w takim razie musiałaby wywołać ciężkie paraplegije i zaburzenia odżywcze skóry, a co najmniej objawy ataksyi lub skurczu (*spasmus*) w chorej nodze. W takim razie także nie byłby oszczędzony pęcherz moczowy i kiszka odchodowa, odruch kolanowy nie zostałby prawidłowym, zaburzenie w czuciu nie byłoby tak ściśle ograniczoném do jednej połowy ciała i nie odpowiadałoby tak dokładnie rozgałęzieniu się nerwów obwodowych jak w naszym przypadku. Jeżeli dodam jeszcze nareszcie, że obniżenie popędu płciowego znajduje łatwe wytłumaczenie w połowiczém znieczuleniu prącia i nie potrzeba do tego zajęcia centrów, to zdaje mi się, że jest już dostateczna liczba dowodów wykazujących, iż siedziba choroby w niniejszym przypadku leży w tylnych korzeniach. Jeżeli zaś tak jest to i ten przypadek można uważać jako nowego reprezentanta monoplegii czucia, tj. choroby dotychczas nieopisanej, a mającej ścisły obraz kliniczny. Chociaż wprawdzie do wykończenia tego obraz upotrzebne będą jeszcze dalsze doświadczenia, to w każdym razie już tutaj podane wystarczą do określenia choroby tej w następujący sposób. Monoplegija czucia jest cierpieniem, które usadawia się w obszarze tylnych korzeni obu splotów dla odnóg, a nadwerężą tylne korzenie tylko jednej odnogi. Przy dłuższém trwaniu może się choroba przenieść także na stronę drugą. W takim przypadku jednak nie rozwija się ona po drugiej stronie tak silnie jak po pierwotnej. Monoplegija czucia rozpoczyna się od bólów, przebiega bez gorączki i kończy się zaburzeniem jedynie w zakresie czucia. Zajęta odnoga może przedtém utracić wszystkie rodzaje czucia albo tylko niektóre z nich. Monoplegija czucia nawet przy chronicznym przebiegu nie okazuje gwałtownej dążności do zajęcia rdzenia pacierzowego i bywa połączoną z zaburzeniami troficznemi, chociaż nie zawsze. Zmiany te troficzne są nieznaczne i nie dochodzą do tego stopnia, jaki widzieć można przy obwodowém zapaleniu nerwów. Od tego ostatniego różni się jeszcze choroba tém, że nie pociąga za sobą zmian materyjalnych w narządzie mięśniowym. Prawdopodobnie wychodzi z opony twardej obu zgrubień rdzenia pacierzowego, na co drugi przypadek swoją bolesnością w okolicy krzyżowej daje ściślejsze dowody, a stanowi więc rodzaj *pachymeningitis brachialis* lub *lumbalis*, lecz w każdym razie lekkiej. Przeciwnie znana i okolice te nagabującą *pachymeningitis chronica* (*hypertrophica*) Charcota jest ze względu na następstwa w obec poprzedniej ciężką chorobą. Sprawia ona bowiem zniszczenie nietylko tylnych korzeni po obu stronach lecz także pociąga za sobą zajęcie tkanki rdzenia pacierzowego i korzeni przednich. Sprowadza przez to gwałtowne zaburzenia wszystkich funkcyj zajętych części i kończy się rozległemi porażeniami, zanikami i kontrakturami mięśniowemi. Można zatém monoplegiję czucia zaliczyć do małej liczby chorób nerwowych z pomyślném rokowaniem. Przy stosownem łeczeniu daje się ona w przeciągu kilku miesięcy zupełnie wyleczyć, a nawet jeżeli zostanie zaniedbaną, nie doprowadza, o ile dotychczasowe doświadczenie uczy, chorego do tak strasznego położenia, jakie zwykle przewlekłe choroby nerwowe sprowadzają i nie zamienia cierpiącego tak jak one w niedołężnego kalekę.

XI. Z pracowni fizyjologicznej prof. Dra Cybulskiego i z kliniki lek. prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O fizyjologiczném i leczniczém działaniu siarkanu sparteiny (*spart. sulf.*).

(Tymczasowe doniesienie).

Podał
Dr. W. Antoni Gluziński,
docent med. wewn. i I asystent kliniki lek.

Liczbę środków używanych dotychczas w chorobach serca, powiększyła w ostatnich czasach w skutek polecenia G. Séea sparteina (a właściwie jej połączenie z kwasem siarkowym jako siarkan sparteiny). G. Sée wychodząc ze spostrzeżeń, które go pouczyły, że sparteina: 1) podnosi akcyję serca podobnie jak naparstnica, 2) ujednostajnia rytm sercowy, 3) przyspiesza ruchy serca, podał następujące wskazanie lecznicze: Siarkan sparteiny działa dobrze w niedomodze mięśnia sercowego, która powstała jużto w skutek wady zastawek, jużteż w skutek zmiany w samym mięśniu sercowym.

W obec pomyślnych wyników ogłoszonych we Francyi przez Séea i ucznia jego Legris, postanowiłem zachęcony przez prof. Korczyńskiego, przeprowadzić szereg doświadczeń w klinice lek., a w obec skąpej ilości prac (Fick, Ryman, Laborde) równocześnie zbadać i fizyjologiczne działanie tego środka. W tym celu przy łaskawej pomocy prof. Cybulskiego, za którą mu niniejszém serdecznie dziękuję, przeprowadziłem w jego zakładzie odpowiednie doświadczenia tak na zwierzętach zimno- jak i ciepłokrwistych.

Podanie całego toku doświadczeń, opis sposobów użytych do doświadczeń i otrzymanych wyników pozostawiam sobie na później przy sposobności ogłoszenia obszerniejszéj pracy. Na tém miejscu chcę się tylko podzielić ostatecznemi wynikami badania. Są one następujące:

1. Sparteina wywiera wybitny wpływ na narząd krążenia wybitniejszy u zwierząt zimnokrwistych niż u ssących, wybitniejszy u pierwszych po zastosowaniu jéj wprost na odsłonięty mięsień sercowy, niż przez zastosowanie jéj pod skórę lub po wstrzyknięciu do żyły.

2. Głównym objawem działania jest zwolnienie akcyi serca, w mniejszym stopniu podniesienie parcia krwi w tętnicach.

3. U zwierząt ssących można, zwiększając stopniowo dawki, otrzymać trzy okresy działania.

4. Zwolnienie w I i III okresie jest najwybitniejsze, w II najmniéj wybitne, a niekiedy stwierdzamy i przyspieszenie w tym okresie.

5. Wytłumaczenie tych objawów i okresów znajdujemy w zachowaniu się nerwów błędnych i mięśni.

6. Nerwy błędne z początku stają się wrażliwsze na bodźce (ztąd zwolnienie w Iszym okresie), późniéj pobudliwość opada zwolna, ale stopniowo (II i III okres).

7. Mięśnie, a więc i mięsień sercowy, pod wpływem sparteiny, tracą na pobudliwości, najwybitniéj w III okresie, przez pewien czas jednak zyskują na energii (ztąd zwolnienie zwłaszcza w okresie III, a podniesienie parcia krwi w okresie I i II).

8. Na nerwy obwodowe ruchowe zdaje się że sparteina prawie zupełnie nie działa.

9. Wpływ na rdzeń pacierzowy objawia się z początku podwyższeniem odruchów późniéj ich obniżeniem.

10. Śmierć nastaje przez asfiksyję, do któréj oprócz działania na rdzeń przedłużony, przyczynia się sparteina zapewne i przez porażenie mięśni oddechowych.

Ze stanowiska klinicznego, biorąc rzecz teoretycznie, tylko I okres może być korzystnym i wywrzeć wpływ dodatni przy zaburzonéj kompenzacyi, t. j. okres, w którym w skutek podrażnienia obwodowych zakończeń nn. błędnych akcyja serca staje się wolniejszą a i parcie się podnosi w skutek, jak się zdaje, silniejszego działania mięśnia sercowego.

Stosójąc w odpowiednich przypadkach w klinice lek. prof. Korczyńskiego środek ten, doszedłem do następujących wyników:

1. Sparteina jest w stanie niezaprzeczenie w niekompensowanych wadach sercowych wywrzeć dodatni wpływ.

2. Wpływ ten objawia się szybko (w godzinę) po podaniu sparteiny polepszeniem jakości tętna, a zwłaszcza poprawą w zakresie podmiotowych uczuć chorego.

3. Szybkie wystąpienie działania stanowi najważniejszą dodatnią cechę sparteiny, gdyż pod względem siły działanie to jest znacznie słabsze, aniżeli działanie naparstnicy i prawie z takowém w porównanie iść nie może.

4. Arytmii w spostrzeganych przypadkach sparteina nie usuwała.

Sparteinę stosowałem w proszku po 0·10 na dawkę.

W ustanowieniu wskazań leczniczych zasługiwałoby na główną uwagę szybkie działanie tego leku, a opierając się na tém, uważałbym za odpowiednie stosowanie sparteiny (obok równoczesnego podania naparstnicy) w przypadkach:

1. Gdzie dolegliwe przypady podmiotowe w skutek niedomogi mięśnia sercowego nie pozwalają czekać, nim się rozwinie działanie naparstnicy, a więc jako środek pomocniczy, niejako symptomatyczny.

2. W razach, gdy naparstnica nie działa lub jéj podać nie można z jakiegokolwiek powodu.

3. Możnaby próbować, czy w duszności bolesnéj (dla szybkiego działania) nie będzie skuteczną. Przypadku odpowiedniego w obecnym czasie nie obserwowałem.

XII. Z kliniki prof. Korczyńskiego w Krakowie.

Spostrzeżenia stopniowego znikania kwasu solnego w soku żołądkowym.

Podał
Doc. W. Jaworski.

Że w przypadkach braku kw. solnego w soku żołądkowym, może się on napowrót pojawić, zostało kilkakrotnie przez badaczy stwierdzoném (Velden *D. Arch. f. kl. Med. XXIII*, Riegel *D. Arch. f. kl. Med. XXVI)*. Podobnie i wzmożenie wydzielania kw. solnego obserwował Rossbach *(D. Arch. f. kl. Med. XXXV)*. Pojawienie się, jako też wzmożenie wydzielania kw. solnego w żołądku miałem i ja sposobność w kilku przypadkach obserwować, lecz o tém tu nie wspominam jako o rzeczy już przez innych spostrzeganéj.

Natomiast nie znajduję nigdzie wzmianki, jakoby ktoś obserwował w żołądku silnie wydzielającym kw. żołądkowy, stopniowe obniżanie a następnie zupełne zniknięcie kw. solnego. Sposobność obserwowania tego zjawiska miewałem dość często, o wiele częściéj niż przypadki pojawiania się tegoż. Obniżanie i znikanie kw. solnego z żołądka odbywało się samowolnie, albo pod wpływem czynników terapeutycznych.

Samowolne zniknięcie przedtém nadmiernie wydzielanego kw. solnego obserwowałem w 3 przypadkach; u dwóch chorych z wrzodem i rozstrzenią żołądka, a u jednego chorego ze samoistném nadmierném wydzielaniem kw. solnego na tle nadużywania wódki.

I. Przypadek (*Ulcus ventr. subsq. gastrectasia;* obserwacyja z prof. Korczyńskim), dotyczy 50-letniego mężczyzny, który cierpiał od pół roku na wymioty, niekiedy czarne, częste palenie, gniecenie w żołądku, na wilczy apetyt i silne pragnienie. Przedmiotowo zaś można było wykazać wyraźną rozstrzeń żołądka. Aspiracyja czczego żołądka wykazuje miazgę pokarmową. Przesącz bezbarwny, HCl w znacznéj ilości, kw. mlekowego ślad, kwasota 45·0, peptony bardzo wybitne, trawi sztucznie krążek białka w przeciągu 3 godzin. Po 8 dniach naczczo uskuteczniona aspiracyja wykazuje HCl bardzo wyraźny, kw. mlekowego nie ma, kwasota 50·0, sok trawiący, a pod mikroskopem liczne jądra ciałek wypocinowych. Choremu polecono lekką dyjetę mięsną i mierne używanie wina. Po 5 tygodniach zgłosił się chory napowrót przedstawiając wejrzenie mocno niedokrewnego, i uskarżając się na bóle i ciężkość w żołądku. Przy badaniu rano naczczo wyciągnięto ze żołądka $^1/_2$ litra cieczy atramentowo-zabarwionéj, zawierającéj barwik krwi. W przesączu HCl bardzo wyraźny, kw. mlekowego nie ma, kwasota 68·0, peptony wyraźne, trawienie krążka białka w 5 godz. Po dwutygodniowém leczeniu chorego przez podawanie małych dawek makowca, i stopniowanie dyjety ścisłéj, stan chorego

poprawił się, tak podmiotowo jak i przedmiotowo. Po 4 miesiącach, w którymto czasie chory zostawał bez lekowania i tylko przy łagodnéj dyjecie mięsnéj, przedsięwzięte badanie wewnętrzne wykazało w żołądku czczym miazgę pokarmową; w przesączu oddziaływania na kw. solny nie było, tylko na kw. mlekowy, kwasota 12·0, krążka białka nie trawi, dopiéro po dodaniu kropli HCl. Chorego przybyło przez ten czas na ciężarze 10 kg.; również znikła żarłoczność, pragnienie i ciśnienie w żołądku, lecz fizyczne objawy rozstrzeni utrzymują się. Miazga pokarmowa jeszcze raz po dwóch miesiącach badana, nie wykazuje również kw. solnego; przybytek ciężaru ciała przez ten czas wynosi 2 kg.

II. Przypadek *(Ulcus ventr. subsq. ectasia)*, dotyczy 44 letniego handlarza F. B. Chory skarży się od roku na wymioty (krwawych nie spostrzegł); smak w ustach kwaśny; do jedzenia łaknienie, lecz zawsze po użyciu pokarmów uczuwa bóle w żołądku; fizyczne badanie wykazuje rozstrzeń znaczniejszą żołądka. W przeciągu dni 14 badano żołądek na czczo 7 razy. Przy każdém badaniu wyciągnięto miazgę pokarmową, któréj przesącz wykazywał silne oddziaływanie na kw. solny, a w czterech badaniach ślady kw. mlekowego, kwasotę 40—55·0, silne oddziaływanie na peptony, i szybkie trawienie sztuczne. Choremu polecono lekką dyjetę mięsną suchą, z unikaniem wszystkich pokarmów drażniących i płynnych. Po 3 miesiącach przedsięwzięte dwurazowe badanie wewnętrzne żołądka czczego, wykazało obydwa razy tylko miazgę pokarmową kwaśną, z oddziaływaniem wyraźném na kw. mlekowy jakotéż peptony, z brakiem zupełnym kw. solnego, sztuczne trawienie zupełnie zniesione; występuje ono jednak po zakwaszeniu kw. solnym. Objawy rozstrzeni pozostały, bóle jednak w żołądku znacznie się zmniejszyły.

Jeszcze jeden przypadek wzmożonego wydzielania kw. solnego podczas krwotoku żołądkowego znajduje się opisany w *D. Med. Wochschr. Nr. 47. 1886*. (*Klinische Befunde bei Ulcus und Carcinoma ventriculi, sowie bei Magenblutungen.* Korczyński. Jaworski).

III. Przypadek. Czterdziesto-pięcioletni wieśniak K. J. dość dobrze odżywiony uskarża się na gryzienie w żołądku, „jakby był robak w nim“ oraz na zaparcie stolca, obok tego istnieją rozmaite uczucia w różnych okolicach ciała. Z wywiadów okazuje się, że chory od dłuższego czasu wypija po kilka kieliszków wódki dziennie, wrzekomo w celu wyleczenia żołądka. Badanie soku z żołądka czczego wykazuje kwasotę 12·0, kw. solny bardzo wyraźny, kw. mlekowego i śluzu nie ma, trawienie sztuczne bardzo szybkie; jądra ciałek wypocinowych dość częste. Metoda lodowa modyfikowana wykazuje kwasotę 22·4, HCl bardzo wyraźny, kw. mlekowego i śluzu oraz peptonów brak, trawienie sztuczne bardzo szybkie. Zalecono choremu wstrzymywanie się od wódki, dyjetę łagodną, i 50 gm. *Natrii sulfurici*, w celu użycia jednéj łyżeczki w razie potrzeby. Po pół roku chory przedstawił się znów z przypadami silniejszemi gastrycznemi, niż pierwszy raz; skarży się między innemi na zgagę, pragnienie, odbijanie z rana; łaknienie utrzymane, lecz wejrzenie chorego przedstawia się jako niedokrewnego. Badanie wewnętrzne żołądka wykazuje kwasotę soku czczego słabo zielonkowato żółtego 28·0, HCl bardzo wyraźny, kw. mlekowego i śluzu nie ma, peptony dość wyraźne; jądra ciałek wypocinowych w ogromnéj ilości, trawienie sztuczne bardzo szybkie. Woda lodowa wywołuje kwasotę 33·5 i te same oddziaływania, co i w soku czczym. Chory przyznaje się, że dyjety przepisanéj nie zachowywał, a ponieważ mu „lepiéj nie było“ dla tego dla złagodzenia cierpienia musiał jeszcze więcéj wódki używać. Polecono to samo leczenie, co i pierwszym razem. Po upływie roku tenże pacyjent znów się przedstawił, uskarżając się, że ma silne zaparcie stolca, łaknienie mniejsze i gniecenie w żołądku, pomimo że wejrzenie chorego okazywało się dość dobrém, lepszém niż pierwiéj. Zewnętrzne badanie żołądka nie wykazało żadnego zboczenia; natomiast badanie wewnętrzne wykazuje: treść żołądka czczego śluzową, bardzo słabo alkaliczną, bez resztek pokarmów; przesącz opalizujący, daje oddziaływanie na śluz, a nawet z HCl tylko słabo trawi. Metoda lodowa, daje treść ze strzępami śluzowemi bardzo słabo kwaśno oddziaływającą, o minimalnéj kwasocie, śladach śluzu; treść ta dopiéro za dodaniem HCl trawi krążek białka, a pod mikroskopem nie wykazuje jąder ciałek wypocinowych, lecz tylko ciałka śluzowe. Chory zapytany, jak się w domu zachowywał oświadczył z początku, że postępował według polecenia, lecz w końcu przyznał, że od czasu do czasu zawsze wódki używał, zwłaszcza jeżeli „mu źle było.“ W tym przypadku należy niewątpliwie przypuścić, że siła wydzielnicza błony śluzowéj była z początku trwale silnie podnieconą *(hypersecretio hyperacida)*, a w następstwie przez dłuższe działanie wyskoku zniszczoną. Przypadków notorycznych pijaków, u których badałem treść żołądkową miałem jeszcze sześć, u wszystkich tych mających jeszcze dobre wejrzenie wykazywał czczy żołądek treść albo alkaliczną, albo obojętną, a metoda białkowa lub lodowa nie wykazała ani razu oddziaływania kwaśnego treści żołądkowéj.

Zmniejszenie lub zupełne zniesienie wydzielania kw. solnego w skutek środków leczniczych obserwowałem dość często.

Przedewszystkiem znaczne obniżenie zdolności wydzielania soku żołądkowego sprawia woda karlsbadzka. Za pomocą tego środka można doprowadzić do zupełnego zniszczenia chemizmu trawienia.

IV. Przypadek. Dostrzegłem to u 35 letniego wyrobnika ze zupełnie zdrowym żołądkiem jeszcze w r. 1883. Przed stosowaniem wody karlsbadzkiéj treść żołądka przedstawiała przy 8 badaniach tak metodą białkową jak i lodową, stale obecność kw. solnego, brak śluzu i dobre trawienie; stopnie kwasoty były: metodą lodową 9—11; metodą białkową 4—5. Po 7miotygodniowém stosowaniu wody karlsbadzkiéj badanie w tych samych warunkach, wykazało sok zupełnie alkaliczny, śluzu znaczna ilość; metodą lodową wynosiła alkaliczność w 2 doświadczeniach 0·8 i 1·6, a metodą białkową 1·4 i 2·6, trawienie po zakwaszeniu kw. solnym niedokładne. Podmiotowo ta wielka zmiana tém się objawiła, że mężczyzna zapytany, czy ma łaknienie, oświadczył, że się obecnie łatwo nasyca. Po tém doświadczeniu, że woda karlsbadzka przy nieostrożném użyciu może zupełnie i prawdopodobnie bezpowrotnie zniszczyć chemizm trawienia, byłem w następnych doświadczeniach, jakotéż leczeniu, ostrożniejszym; badałem bowiem od czasu do czasu żołądek, aby się dowiedzieć, do jakiego stopnia kwasota się obniżyła, i czy należy leczenie zakończyć, czyli téż daléj prowadzić. W ten sposób doświadczonych przypadków ogłosiłem 12 w rozprawie: *Ueber die Wirkung des Karlsbader Thermalwassers auf die Magendarmfunction. Leipzig, 1885. Verlag v. F. C. W. Vogel*, na stronnicy 52—57. Odtąd doświadczam codziennie zdolności obniżania nadmiarowego wydzielania kw. solnego przez wodę

karlsbadzką, któráto własność należy dobrze odróżnić od zobojętniania kwasów w żołądku.

Podobnie pouczyły mnie doświadczenia z nową solą karlsbadzką zwaną *Quellsalz*, że przy jéj użyciu, zmniejsza się zdolność wydzielnicza soku żołądkowego.

V. Przypadek. U 47go letniego mężczyzny W. N. wykazuje badanie fizyczne mierną rozstrzeń żołądka; podmiotowo zaś uskarża się chory na bardzo silne przypady gastryczne, ciśnienie, palenie, odbijanie, od czasu do czasu wymioty, jakotéż różnego rodzaju uczucia. Badanie wewnętrzne wykazuje przy użyciu wszystkich metod: treść żołądka żółtą, przesącz bezbarwny, z bardzo wyraźném oddziaływaniem na kw. solny, z brakiem kwasu mlekowego i ślnzu, silną peptonizacyję; kwasota treści czczéj 13·0, metodą lodową 17·0, metodą białkową 42·0. Po 4 tygodniowém stosowaniu soli zwanéj „*Quellsalz*“ (10—20 gm. dziennie) badanie wykazuje w soku żołądkowym strzępy śluzowe białe, w przesączu ślad śluzu, słaby tylko ślad kwasu solnego, zwolnione trawienie sztuczne; kwasota czczego soku 4, metodą lodową 3, metodą białkową 6·5. Dalszego stosowania soli zwanéj „*Quellsalz*“ zaprzestano, z obawy zupełnego zniszczenia wydzielania kw. żołądkowego, zwłaszcza, że chory czuje się zupełnie wolny od przypadów podmiotowych i uważa się za zupełnie zdrowego. W ten sposób obserwowanych przypadków miałem kilka, z których 3 przytoczone zostały w pracy mojej: *Ueber Wirkung, therapeutischen Werth und den Gebrauch des neuen Karlsbader Quellsalzes. Wiener med. Wochenschr.* 1886. Nr. 6—16. (Dok. nast.)

XIII. Zator tętnicy wieńcowej serca (*Embolia arteriae coronariae cordis*) za życia rozpoznany.

Przez

Prof. Dra Korczyńskiego.

Zatory i zakrzepy włosowate w zakresie tętnic wieńcowych serca, jak niemniéj drobniejszych gałązek tych tętnic przydarzają się względnie dosyć często. Jak to udowodniono głównie w najnowszych czasach, obok zmian miażdżycowych w tętnicach wieńcowych są one częstą przyczyną ognisk nekrotycznych i infarktów krwotocznych w mięśniu sercowym, rozmiękczenia mięśnia sercowego (*myomalacyja Zieglera*), pęknięcia serca, wytworzenia się blizn i tętniaków w mięśniu sercowym a niekiedy stanowią właściwą podstawę rozsianego włóknistego zapalenia mięśnia sercowego.

Swoistych objawów klinicznych zakrzepy i zatory te nie okazują. Objawy ich znikają pośród objawów choroby głównéj, miażdżycy tętnic, przerostu serca, zapalenia śródmiąższowego nérek, miażdżycy tętnic wieńcowych serca, wad zastawkowych lub przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego.

Daleko rzedziéj przydarzają się zakrzepy i zatory, które zajmują pień jednéj z tętnic wieńcowych, lub też jednę z większych gałęzi tychże. Zmiany te, jak dotąd, napotykane przy sekcyjach jako zboczenia przypadkowe, za życia nierozpoznane, znane są nawet ze stanowiska anatomopatologicznego w niewielkiéj liczbie przypadków, których większa część odnosi się do czasów najnowszych. Dosyć przytoczyć, że B. Cohn w dziele swojém „*Klinik der embolischen Gefaesskrankheiten*“ wydaném w r. 1860, a więc w czasie, gdy nauka o zatorze (*embolia*) znaczne już uczyniła postępy, z wyjątkiem spostrzeżeń Virchowa nie mógł wynaleźć w literaturze ani jednego przypadku zatoru tętnic wieńcowych i że autorowie tak nowszych, jakotéż i najnowszych dzieł specyjalnie chorobom serca poświęconych, omawiając te zboczenia nie wspominają nigdzie wyraźnie o swoich własnych spostrzeżeniach.

Oprócz przypadków Quaina z r. 1851, Boetgera z r. 1863 i jednego przypadku Cohna (l. c. str. 427), które — obok ogólnych uwag Rokitańskiego, Friedreicha i Leberta — stanowią główną podstawę opisów w podręcznikach lekarskich zawartych, w przystępnéj mi literaturze odszukać mogłem tylko następujące przypadki kazuistyczne zatoru lub zakrzepu większych gałęzi lub pnia tętnic wieńcowych szczegółowiéj opisane.

1. Przypadek opisany przez Panuma (*Virchow's Archiv* I. 25 str, 315), a rozgłośny z powodu, że dotyczył sławnego Thorwaldsena. Przy sekcyi wykonanej przez Dallerupa i Fengera obok zmian miażdżycowych w tętnicach, znaleziono ognisko miażdżycowe, które pękło do przedniej tętnicy wieńcowéj, wypełniło i zatkało takową swą miękką treścią.

2. Przypadek podany przez Cauchoisa (*Gaz. des hôp.* 1870 N. 34 i 35). U mężczyzny 78 letniego, który zmarł nagle, wykazała sekcyja zwężenie *art. coron. sin.* skutkiem miażdżycy i zwapnienia, następowy zakrzep w takowéj, infarkt krwawy w przedniéj ścianie lewéj komórki, rozpad tłuszczowy i następowe pęknięcie ściany komórki w tém miejscu.

3. Przypadek Lionvilla (*Gaz. med. Paris* 1868.) cytowany przez Quinckego (*Ziemsen Handbuch* T. VI wyd. II. str. 539), gdzie skutkiem zakrzepu w tętnicy wieńcowéj przyszło do przebicia przegrody komórkowéj; — również przypadki zestawione przez Oglégo (*Brit. med. review.* 1870) a referowane bardzo ogólnikowo w rocznikach Virchowa i Hirscha 1870 II. str. 97.

4. Przypadek Axel Keya (*Virchow Hirsch. Jahresber.* 1871. I. U mężczyzny 58 letniego, który zmarł nagle, znaleziono znaczne zmiany miażdżycowe w tętnicach wieńcowych serca. Były one rozszerzone a miejscami bardzo zwężone. W lewej tętnicy wieńcowéj w gałęzi przebiegającéj wzdłuż brzegu lewéj komórki, błona wewnętrzna naczynia zgrubiała i prawie skostniała, oderwaną była od błony średniéj na przestrzeni kilku centymetrów i zatykała całkiem światło naczynia

5. Przypadek Birch-Hirschfelda (*Lehrbuch der pathol. Anatomie* 1877 str. 342) odnosi się do mężczyzny 40 letniego, poprzednio zupełnie zdrowego, który przez dwa dni skarżył się na lekkie uczucie duszności i na nieznaczne bóle w okolicy serca. Chory czuł się już znacznie lepiéj a wstawszy z łóżka, zmarł w przeciągu kilku sekund. Wśród choroby tętno było miernie przyspieszone, tony sercowe były czyste ale mniéj silne. Przy sekcyi znaleziono: W pniu lewéj tętnicy wieńcowéj zakrzep długości 1 ctm. wypełniający zupełnie światło tętnicy, w obwodzie brunatno czerwony i suchy, w środku ciemno czerwony i wilgotny, lekko przyklejony do błony wewnętrznéj tętnicy. Mięsień lewéj komórki nadzwyczaj blady, skurczony, tłuszczowo niezwyrodniały Prawa połowa serca rozszerzona i mocno krwią wypełniona. Sądzę, że skrzep ten nie był zatorem, lecz zakrzepem (*thrombus*), albowiem w sercu nigdzie nie znaleziono skrzepów, śródsiedzie było prawidłowe, przebieg kliniczny nie odpowiadał zatorowi a nadto autor sam wspomina, że ta część błony wewnętrznéj naczynia do któréj przylegał była miernie zgrubiała i zwapniała, nierówna i miernie zwężona — tego samego zdania o przyrodzie jego jest Leyden (*Zeitsch. f. klin. Med. VII* str. 461), który jednakże bliższych powodów swego twierdzenia nie podaje.

6. Przypadek Laverana (*Union méd.* 1878 N. 23; — według roczników Virchowa i Hirscha 1878, dotyczy mężczyzny lat 47 liczącego. Pierwszy okres choroby, cechujący się objawami rozpoczynającego się śródmiąższowego zapalenia nerek i miażdżycy tętnic, nie sprawiał choremu żadnych dolegliwości. Przypadów *anginae pectoris* nigdy nie było Choroba rozpoczęła się od ostrych przypadów a mianowicie od krwioplucia i duszności. Stłumienie serca bardzo powiększone, tony sercowe głuche ale czyste, tętno bardzo częste. Rozpoznano zapalenie osierdzia. Po nieznacznéj poprawie objawów pojawiły się majaczenia, wśród których chory rychło zakończył życie. Przy sekcyi znaleziono nadmierny przerost lewéj komórki serca, mierną niedomykalność zastawek półksiężycowych tętnicy głównéj i zatkanie

dolnéj części *art. coron. ant.* przez skrzep twardy i biały. W przedniéj ścianie lewéj komórki jama rozpadowa brunatną miazgą wypełniona; w płucach ogniska krwotokowe.

7. Przypadek Malmstena (*Hygiea 1.* 38, według roczników Schmidta T. 183 z r. 1879). Chory lat 65 liczący, bardzo otyły. Jadał dużo, sypiał długo po obiedzie, a zato czytywał nocami. Na kilka lat przed ostatnią chorobą cierpiał na kamyczki nerkowe i na zaparcie stolca; na wiosnę i w jesieni podpadał nieżytom oskrzelowym. Duszniey bolesnéj (*angina pectoris*) nigdy nie okazywał. Na dwa lata przed ostatnią chorobą miał tony sercowe słabe ale czyste. W rok późniéj stracił nagle przytomność, pojawiła się sinica a tętno osłabło; przypady te jednak rychło minęły. Obecna choroba rozpoczęła się od ogólnego osłabienia, bólu w krzyżach i barkach, uczucia gniecenia na piersiach i w dołku podsercowym, niepokoju i wstrętu do jedzenia. Thegerström, który go badał, znalazł tony sercowe słabe ale czyste; tętno było słabe i uderzało 64 razy na minutę. Nazajutrz tony sercowe zaledwie dały się dosłyszeć; tętno było słabe i rzadkie. W kwadrans potém nie można już było usłyszeć tonów serca; tętno w liczbie 40 ledwie macalne! nad tętnicami dogłowowemi słychać było tylko słaby piersiowy ton, wkrótce i ten ton stał się niesłyszalnym. Pojawił się rychło objaw Cheyne-Stokesa, a chory wkrótce zakończył życie. Bezpośrednio przed śmiercią tętno lubo słabo na chwilkę dało się wymacać. Przy sekcyi znaleziono przerost serca, rozsiane zwyrodnienia częścią tłuszczowe, częścią włókniste mięśnia sercowego, miażdżycę tętnicy głównéj i zmiany w tętnicach wieńcowych serca. Te ostatnie tak się przedstawiały: Obiedwie były miażdżycowo zwyrodniałe z kostnemi pokładami na ścianach i jednostajnie rozszerzone. Światło prawéj tuż po odejściu z tętnicy głównej zwężone skutkiem zwapniałego pierścienia w jéj ścianie tkwiącego, w dalszym przebiegu w dwójnasób rozszerzone. Dwa cale od odejścia z tętnicy głównej prawa tętnica wieńcowa rozszerza się w tętniak wielkości grochu, wypełniony skrzepami, które rozciągają się na całą dośrodkową część téj tętnicy. W dalszym (obwodowym) przebiegu tętnica ta okazuje rozszerzenie, zgrubienie i zwapnienie ścian, ale nie zawiera skrzepów. Że śmierć w tym przypadku nie nastała nagle, tłumaczy autor tą okolicznością, że skrzepy nie odrazu zatkały całe światło naczynia, lecz przepuszczały jeszcze jakiś czas odrobinę krwi.

8. Przypadek J. L. Stevena (*Glasgow med. Journ. 1884*, według roczników Schmidta T. 207 str. 23). Śmierć nastała nagle. Lewa tętnica wieńcowa mocno zwapniała i prawie zupełnie niedrożna. W jedném miejscu w przebiegu takowéj mały tętniak wypełniony miękim skrzepem.

9. Przypadki wspomniane przez C. Weigerta w rozprawie: „*Ueber die pathologischen Gerinnungsvorgänge*“ w Archiwie Virchowa T. 79. str. 107, a opisane przez K. Hubera w T. 89. tegož archiwu w rozprawie: „*Ueber den Einfluss der Kranzarterienerkrankungen auf das Herz und die chronische Myocarditis.*“ Tu należy przyp. 6. na str. 240, odnoszący się do zakrzepu przyściennego gałęzi zstępującéj *art. coron. post.* dotkniętéj sprawą miażdżycową; przyp. 14. na str. 241, gdzie obok ogólnéj miażdżycy znacznego stopnia i miażdżycy tętnic wieńcowych serca, osobliwie w zakresie *art. coron. post.* gałąź zstępująca tejże tętnicy zajęta była zakrzepem przyściennym; 5 przyp. pokrótce wspomnianych na str. 245. z których dwa uważa autor jako zakrzep pierwotny, trzy zaś jako zator, który powstał skutkiem oderwania się zakrzepu znajdującego się w *art. coron. post.*; poczęści wreszcie zaliczyć tu można przypadek opisany na str. 250, gdzie w przebiegu zapalenia wsierdzia na zastawce dwudzielnéj, obok dawniejszych ognisk modzelowatych w mięśniu sercowym, znaleziono liczne świeże infarkty, które powstały z zatoru w zakresie mniejszych gałęzi tętnic wieńcowych, a zatory stwierdzone zostały naocznie.

10. Dwa przypadki Graesera (*Deutsch. Archiv f. klin. Med.* T. 35. Jeden z nich odnosi się do preparatu anatomicznego ze zbioru w Erlandze, gdzie zakrzep *art. coron. sin. desc.* stał się przyczyną pęknięcia serca; drugi zaś szczegółowo opisany dotyczy chorego, który dłuższy czas cierpiał na napady duszności i zmarł nagle wśród takiego napadu. Obok przerostu serca znacznego stopnia i miażdżycy tętnic wieńcowych znaleziono skrzep 9 cm długi w prawéj tętnicy wieńcowéj.

Nie ulega wątpliwości, że wiele przypadków zakrzepu i zatoru pni i większych gałęzi tętnic wieńcowych przeoczonych bywało i dotąd bywa przy sekcyjach, i to właśnie takich przypadków, które pociągają za sobą śmierć nagłą, gdzie więc nie ma czasu do rozwinięcia się następowych zmian w mięśniu sercowym, które łatwo wpadają w oczy, a sekcyjonującego, jeżeli jest biegłym rzeczy, naprowadzają na szczególowe badanie tętnic wieńcowych.

Z powyższego zestawienia znanych w literaturze przypadków widać przedewszystkiém, że odnoszą się one przeważnie do zakrzepu (*thrombosis*), a mała tylko liczba do zatoru (*embolia*) w tętnicach wieńcowych. Ponieważ ta ostatnia sprawa na teraz nas bliżéj obchodzi, przeto godzi się nadmienić, że ją dotąd rzadko tylko spostrzegano. — Daléj przekonać się można, że przypadki powyż zestawione mają przedewszystkiém tylko znaczenie anatomo-patologiczne, gdyż ograniczają się w przeważnéj części do opisu zmian na zwłokach stwierdzonych. Opisów klinicznych albo wcale nie ma, albo téż są one bardzo pobieżne i niedostateczne W żadnym z powyższych przypadków nie rozpoznano za życia zatoru a względnie zakrzepu tętnic wieńcowych, a nawet istnienia tych zmian za życia nie przypuszczano. W żadnym z powyższych przypadków nie podano objawów, któreby wprost odpowiadały zatorowi lub zakrzepowi, albowiem w przypadkach klinicznie opisanych znajdowała się prawie zawsze miażdżyca tętnic wieńcowych serca, (częstokroć ze zwężeniem tychże i z następowemi zmianami w mięśniu sercowym), od któréjto w pierwszym rzędzie, a nie od zatoru lub zakrzepu, zależały objawy za życia spostrzegane.

Symptomatologija kliniczna zatoru i zakrzepu tętnic wieńcowych serca ogranicza się więc dotąd przeważnie do słusznego zresztą, jednak niezadawalającego pewnika, że zatory i zakrzepy tętnic wieńcowych wywołać mogą śmierć nagłą wśród przypadów porażenia serca, albotéż zamiast objawów klinicznych przytaczane bywają wyniki z doświadczeń na zwierzętach otrzymywane przy sztuczném zamknięciu tętnic wieńcowych, albo téż wreszcie objawy zamknięcia tętnic wieńcowych serca skutkiem powoli rozwijającéj się sprawy miażdżycowéj stawiane bywają na równi z przypadami klinicznemi zatoru lub zakrzepu. Nie ulega wprawdzie wątpliwości, że doświadczeniami dokonanemi na zwierzętach tłumaczyć można wiele objawów chorobowych, jak również naprzód przypuścić można, że objawy powoli rozwijającéj się niedrożności tętnic wieńcowych skutkiem miażdżycy, równać się będą objawom zwolna wytwarzającego się w tętnicy wieńcowéj zakrzepu; ściśle jednakże rzecz biorąc, symptomatologija zboczeń chorobowych u człowieka spostrzeganych opierać się winna w pierwszym rzędzie na spostrzeżeniach klinicznych wprost do tego zboczenia się odnoszących.

(Dok. n.)

XIV. Opatrunek trwały i leczenie ran pod wilgotnym strupem krwi.

Skreślił
Prof. Dr. J. Mikulicz.

Uproszczenie opatrunku antyseptycznego, pewność wyniku przezeń osiągniętego, postąpiły bezsprzecznie tak daleko, iż większość chirurgów żywi to przekonanie, że cel naszych wysiłków został już dopięty. Słuszne to w istocie zadowolenie, tém więcéj, gdy tkwi już przeważnie w naturze ludzkiéj zachowawczéj chęć odpoczynku i używania dobrze zasłużonéj nagrody za długoletnie i żmudne znoje. Jednakże sposób leczenia ran, jak każda sztuka techniczna, podlega coraz dalszym odmianom i ulepszeniu. Bez nadziei zdobycia tak wiel-

kich postępów, które przyniósł ostatni dziesiątek lat na tém polu, nie możemy przecież, a nawet nie wolno nam uchylać się od dalszego doskonalenia przyjętego dotąd postępowania.

Pierwotny sposób Listera runął powoli w wielu swych składnikach istotnych, które z czasem zostały porzucone, lub zastąpione innemi prostszemi, a dogodniejszemi środkami.

Jedynie tylko staranne drenowanie ran, zachowało dotąd u przeważnéj części chirurgów korny i trwożliwy szacunek. Poglądy wyniesione głównie jeszcze z przedantyseptycznéj epoki co do rozkładu i zjadliwości pierwotnéj wydzieliny przyrannéj, zniewalały, mimo antyseptyki, do czuwania nad odpływem wydzieliny. Nie było tajném przecież, że i antyseptyczne środki nie chronią w zupełności ran od wtargnięcia istot drobnowidowych, i zgodnie z tém zapatrywaniem wykryto též bakteryje rozwijające się pod opatrunkiem antyseptycznym w saméj wydzielinie ran tak zw. aseptycznych. Właśnie co dopiéro wykazał asystent mój Dr. Bossowski szeregiem starannych spostrzeżeń, że o wiele częściéj, niż dotąd przypuszczano, znachodzą się pod opatrunkiem antyseptycznym nietylko obojętne, lecz również chorobotwórcze organizmy, a mianowicie t. zw. koki ropne. Równocześnie nadmienić muszę, że obecność koków ropnych nie pociąga za sobą bynajmniéj ropienia we wszystkich nawiedzonych niemi przypadkach.

Niepewność naszéj antyseptyki w tym kierunku raz stwierdzona, tłomaczy zarazem obawę naszą, iż przy niedostatecznym odpływie wydzieliny, zastój i rozkład téjże, czyli innemi słowy całe niebezpieczeństwo ogniska martwego, może zagrażać.

Rzecz osobliwsza, że właśnie wobec tych ran operacyjnych, gdzie zatrzymanie się i rozkład wydzieliny musiałby najgroźniejsze wywołać następstwa, już od dawna prawie zupełnie wzięto rozbrat z drenowaniem. Dotyczy to laparatomij, których wyniki od chwili porzucenia sączków, jak wiadomo z każdym rokiem się polepszają. Przeświadczenie o bezskuteczności drenowania jamy otrzewnowéj za pomocą sączków, w każdym przypadku bez wyjątku, które przeważnie jest zbytecznêm, a w wielu razach nawet grozi niebezpieczeństwem, skłoniło pominąwszy rzadkie przypadki do zamknięcia zupełnego rany brzusznéj, aby w ten sposób zapewnić zranionemu ustrojowi niezamącony spokój przez cały ciąg gojenia.

Dlaczegóż miałby nas spotkać zawód w tym kierunku wobec mniéj groźnych, zaotrzenownych ran?

Znaną jest zasługa Neubera i Esmarcha, zmierzających statecznie do oswobodzenia ran zaotrzewnowych od drenowania za pomocą rurek z kauczuku. Pierwotnym celem ich zabiegów było uchylenie, ile można zupełne zmiany opatrunku, a więc wygojenie rany pod jednorazowym opatrunkiem. Dążenie to w części zaspokojone już przez sączki ulegające wessaniu z kości odwapnionéj, starał się Neuber urzeczywistnić, zapewniając odpływ wydzieliny z ran operacyjnych przez pozostawienie w nich miejsc odpowiednich bez zespojenia szwem, a w razie potrzeby zakładając odrębne otwory dla odpływu w miejscach spadzistych. Wyniki w ten sposób osiągnięte przez Neubera i Esmarcha świetnie się sprawdziły. Mimo to jednak postępowanie ich nie wywołało wszędzie zasłużonego oddźwięku. Przyczyny szukać wypada zapewne w tém, że dla wielu chirurgów sposób ten nie okazywał dostatecznego bezpieczeństwa. Zasadniczo też nie uległo zmianie drenowanie ran przez metodę Neubera i Esmarcha. Stworzyli oni jedynie inny środek do tego samego celu; przez staranną pieczę około odpowiedniego umieszczenia otworów odpływowych i z pomocą dokładnego opatrunku uciskającego usuwają również jak najtroskliwiéj wydzielinę z rany.

Nie trudno téż zrozumieć, że większa część chirurgów stroniła od wyuczenia się techniki téj metody, która nie obiecywała nic innego nad to, co dotąd osiągnięto. Kłopotliwe zmiany opatrunku wetowało u przeważnéj części chirurgów uspokojenie, które budził przy przemianie widok pomyślnego stanu rany.

Na ostatnim zjeździe chirurgów w Berlinie wytknął Schede metodę leczenia ran, która zmierza do podobnego celu, wychodzi jednak z odmiennego punktu widzenia (*Arch. Langenbecka* T. XXXIV. zesz. 2). Schede oparł się na dawno znaném spostrzeżeniu, że większe nawet skrzepy krwi w ranach aseptycznych nie podlegają rozpadowi i ropieniu, ale doznają zmian, które odpowiadają przeobrażeniu się zakrzepu w podwiązaném naczyniu i zgodnie z tém mogą nosić nazwę organizacyi skrzepu krwi. Z doświadczenia tego skorzystał już Volkmann, aby osłonić ubytki w obnażonych kościach i przyspieszyć ich wygojenie. Wolny skrzep krwi, wypełniający ranę opatrzoną antyseptycznie, utrzymuje się czas dłuższy pozornie bez zmiany; zwolna jednak ustępuje miejsca jędrnéj ziarninie z głębi bujającéj, która przetrawia go niejako i sama w zwykły sposób zabliźnieniu ulega; lub téż zalega on powierzchnię jako pokład powoli odbarwiający się i kurczący, pod którym bujająca warstwa ziarniny przeobraża się w bliznę i który wówczas odpada jako strup z zabliźnionéj rany. Ztąd téż nazwa: gojenie rany pod wilgotnym strupem.

Podania Schedego opierają się na doświadczeniu zdobytém w 200 blisko przypadkach. W żadnym z nich nie wynikła dla chorego szkoda. Z małemi wyjątkami nastąpiło idealne wygojenie pod strupem krwi. Jak wyżej nadmieniłem spożytkował Schede ten sposób leczenia przedewszystkiém do operacyi na kościach. I tak znajdujemy w jego wykazie znaczną liczbę resekcyj wielkich stawów, z wyjątkiem stawu biodrowego, wydłutowanie ognisk gruźliczych z otwarciem względnie zdrowych stawów lub bez tego, nekrotomije i inne zabiegi na kościach. Niemniejsze znaczenie ma ta metoda według doświadczenia Schedego w operacyjach na ścięgnach, które nawet w przypadkach przecięcia i całkowitego odsłonięcia, niepokryte skórą, pod strupem od obumarcia się chronią i bezpośredniemu zgojeniu podpadają. Szereg otwartych przez przecięcie ścięgien, wobec stopy szpotawéj, wobec skurczenia kolana i krzywéj szyi, jakotéż kilka przypadków zranienia ścięgien nad stawem nadgarstkowym leczył Schede z świetnym skutkiem według téjże metody.

Z umysłu wniknąłem głębiéj w treść wykładu Schedego, gdyż doniosłość jego nie zdaje mi się być ze wszech stron dostatecznie ocenioną. Z méj strony przyznać muszę, że doniesienie Schedego zaciekawiło mię niezmiernie i zniewoliło do przeprowadzenia tegoż postępowania natychmiast w mojéj klinice. Prawdą jest, że Schede nie wyłożył nam wcale nowych faktów, ani nie wytknął nowego celu w leczeniu ran. Zdolność przeistaczania się aseptycznych skrzepów krwi znamy już oddawna dzięki Lesserowi i Volkmannowi, opatrunek trwały z uchyleniem sączków zakładali już Esmarch i Neuber. Gojenie jednak pod strupem krwi, zdolności organizowania się skrzepu krwawego wyjątkowo tylko znachodziły świadome zastosowanie, a opatrunek trwały łączył się z lękiem i troską o odpływ

wydzieliny przyrannéj. Schedemu przypadła niewątpliwie zasługa, że umiał zużytkować zdolność organizowania się krwi w obszernéj mierze i świadomość celu do wypełnienia i leczenia ran i że ugruntował nową podstawę odpowiednią przyrodzie dla trwałego opatrunku antyseptycznego. Organizowanie się skrzepłéj krwi pośredniczy w gojeniu się wszystkich zranień podskórnych, jak się to drogą naturalną odbywa w złamaniach, przerwach mięśni i ścięgien i stłuczeniach. Również w przypadkach licznych zranień otwartych czy to przypadkowych, lub zadanych ręką chirurga, liczyliśmy dotąd na zorganizowanie się skrzepu krwi, wymienię tylko rany postrzałowe, rany po osteotomii i podskórném przecięciu ścięgien. A nawet w ranach zaopatrzonych starannie w sączki trudno nieraz przeszkodzić, aby część jamistéj rany nie zapełniła się krwią, która nie przynosi najmniejszéj szkody gojeniu. Rozważyć wypada, czy nawet podobna po resekcyi większego stawu za pomocą uciskającego opatrunku części miękie wtłoczyć tak między odcięte końce stawowe, aby w zupełności znieść jamę?

Słusznie twierdzi Schede, że gojenie pod wilgotnym strupem odbywa się bez wydzieliny. Zdaniem mojem nie ma też różnicy zasadniczéj w tym kierunku między ranami metodą Schedego leczonemi, a zaopatrzonemi w sączki, jeśli przebieg drugich dokładnie jest aseptyczny. Przy zmianie opatrunku w 4 lub 5 dniu po operacyi znachodzimy w ostatnim przypadku sączki wypełnione odbarwionym skrzepem krwi, a na opatrunku w miejscu otworu sączkowego ślad wydzieliny śluzowo-surowiczéj; zresztą zawiera opatrunek tylko krew wyciekłą w pierwszych godzinach po operacyi. Skąpa ilość napotkanéj wydzieliny przyrannéj wydobyła się niezawodnie z najbliższéj okolicy sączka, a w braku tegoż nie przyszłoby do jéj wysięku.

Cenną tę właściwość aseptycznych skrzepów krwi wyzyskał Schede na rozległą skalę, aby większe i mniejsze ubytki w kości i częściach miękkich zapełnić, aby w ten sposób stworzyć dla części ran niepokrytych skórą ochronną powłokę i szybsze w nich wzniecić gojenie bez ropienia. Technika postępowania Schedego jest nader prosta. Z chwilą ukończenia zabiegu operacyjnego, czy to resekcyi, czy też nekrotomii, lub wydłutowania ogniska gruźliczego, zespaja się ranę tak, aby pozostała wolna szpara dla odpływu nadmiernéj ilości krwi, a jeśli ta nie wystarcza, wówczas tworzy się jeszcze w odpowiedniém miejscu odrębne otwory odpływowe (Neubera *Knopflöcher*).

Jeśli operacyja sama przez się pociąga znaczniejszy ubytek skóry, to odpływ zbytecznéj krwi sam przez się jest zapewniony. Skoro krew zalała ranę jamistą, względnie ubytek w skórze, aż do poziomu téjże, kładzie się na ranę kawałek Listerowskiego *protectiv silk* i pokrywa ją opatrunkiem dobrze wsysającym i rychło wysychającym. Do szwu używa Schede wyłącznie, jak się zdaje, katgutu. Opatrunek pozostaje niezmieniony przez ciąg 2—4 tygodni. Po upływie tego czasu znachodzimy ranę w zupełności zabliźnioną pod wilgotnym strupem, lub też napotyka się powierzchowny pokład ziarniny czystéj, który ulega zabliźnianiu. Zresztą przebieg operacyi nie różni się wcale. Do pomyślnego gojenia pod strupem krwi należą według Schedego następujące warunki:

1) Zupełna *asepsis* rany.

W zakażonéj ranie, jak łatwo zrozumieć, ulega zropieniu skrzep krwi, a to nietylko zniweczy skutek, ale nawet może sprowadzić niebezpieczeństwo dla chorego. Jeśli przeto nie można zaręczyć za dokładną *asepsis*, natenczas lepiéj według rady Schedego doczekać się ziarniny pod opatrunkiem antyseptycznym i dopiéro następowo przez zdrapanie téjże wypełnić jamę krwią.

2) Jama winna być dokładnie wypełniona krwią.

3) Odpływ nadmiernéj ilości krwi z rany musi być należycie zapewniony.

4) Krew w ranie należy ustrzedz od wyparowania, a przeciw temu służy *protective silk*.

5) Wyparowanie i wysychanie krwi zewnątrz rany nagromadzonéj w opatrunku należy ułatwić, jak najkorzystniéj. Zadaniu temu odpowiada najlepiéj, jak wiadomo, opatrunek rychło wysychający z mchu lub wełny drzewnéj.

(Dok. nast.)

XV. Nowa metoda autoplastyki.

Podał

Prof. Dr. A. Obaliński

w Krakowie.

W ostatnich czasach wystąpili dwaj znakomici chirurdzy niemieccy z pracami, mającemi na celu, przywrócenie i ustalenie dwóch metod plastycznych już dawniéj podanych, ale z biegiem czasu prawie zupełnie zapomnianych.

Jak wiadomo użył Graefe z początkiem obecnego stulecia świeżego płatu skóry wykrojonego z ramienia i z témże za pośrednictwem szypułki w związku pozostającego do wytworzenia nosa u tego samego osobnika i nazwał metodę tę rinoplastyki metodą niemiecką w przeciwieństwie do dawniejszéj metody włoskiej Tagliacozzego, który wytwarzał nos z takiegoż samego i podobnie wykrojonego płatu, lecz po poprzedniém zabliźnieniu się jego.

W obec niekorzystnego o nich orzeczenia, wydanego przez Dieffenbacha, który podał ogólnie przyjęte nowsze metody rinoplastyczne, upadły obydwie te metody nie tylko jako metody rinoplastyczne, lecz także jako metody plastyczne w ogólności, służące do zastąpienia ubytku skóry, osobliwie zaś po nieudanych próbach Zsigmondyego, Wutzera i Szymanowskiego, chociaż ten ostatni bardzo za tą metodą przemawiał i jéj nieudanie się jedynie niedostatecznemu unieruchomieniu odnóg przypisywał.

Przepowiednię Szymanowskiego urzeczywistnił dopiero w r. 1885 H. Maas, tak przedwcześnie dla nauki i ludzkości zgasły chirurg würzburski, który w 31 tomie archiwu Langenbecka ogłasza pięć rozmaitych przypadków ubytku skóry, wyleczonych za pomocą autoplastyki z odległych okolic, jak np. przygojenie płatu z jednéj odnogi na drugą, kładąc przytém główny nacisk na dokładne ustalenie odnóg za pomocą opasek gipsowych, na dokładne odświeżenie wrzodu, a wreszcie na ochronę szypułki płatu od zeschnięcia co najłatwiéj przez grube nałożenie maści borowéj osiągnąć się daje.

Prawie równocześnie, bo na wiecu chirurgów niemieckich w tymże roku odbytym, przypomniał Esmarch zgromadzonym kolegom inną, także już dawniéj przez Büngera podaną, a przez angielskiego okulistę Wolfego bardzo polecaną metodę anaplastyczną, w któréj na świeży ubytek przypadkowy lub umyślnie wytworzony, przygaja się większe kawałki skóry zupełnie od swéj podstawy oddzielone i po-

parł wywody swe rysunkami czterech przypadków pomyślnie w ten sposób leczonych.

Jeżeli przyznaję, że w wielu przypadkach, które w skutek ubytku skóry i ztąd wynikłéj niedostatecznéj funkcyi członków kwalifikowały się nawet do amputacyi lub innéj ciężkiéj operacyi, możemy za pomocą tych metod chorym uratować członki i uczynić je przydatnemi do właściwych czynności, to nie mogę jednak zataić przekonania, że jedna z nich (Esmarcha) nie wszędzie da się zastósować, druga zaś (Maasa) jest bardzo komplikowaną i wymaga niezwykłéj cierpliwości ze strony lekarza i chorego, osobliwie zaś tego ostatniego.

Tak stały rzeczy, gdy w połowie stycznia 1886 r. zgłosiła się na mój oddział 22-letnia dziewczyna wiejska z uporczywym wrzodem zajmującym całą piętę stopy prawéj i otoczonym brzegami modzelowatemi. Chora podaje, że wrzód ten powstał przed ośmioma laty skutkiem odgniecenia przez obówie i doprowadza ją prawie do rozpaczy, gdyż nietylko przeszkadza jéj przy pracy i zarobkowaniu, ale nie pozwala jéj nawet chodzić.

Postanowiłem najprzód wrzód ten zagoić za pomocą zwykłéj plastyki bocznéj wykonanéj sposobem Dieffenbacha. W tym celu wyciąłem w dniu 25 stycznia cały wrzód wraz z jego brzegami modzelowatemi w kształcie trójkąta szczytem zwróconego ku tyłowi i pokryłem ubytek ten dwoma płatami prostokątnemi, wziętemi ze skóry, położonéj pod kostkami. Niestety uległy obydwie ku sobie zwrócone połowy płatów zgorzeli tak, że właśnie najważniejsza, bo środkowa, część pięty pozostała niepokrytą.

Mimo to zabliźniła się rana w kilka tygodni i chora opuściła szpital w dniu 4 kwietnia jako wyleczona. Radość jéj jednak nie była długą, jak to zresztą łatwo można było przypuścić, wytworzył się bowiem w skutek chodzenia w bliźnie wrzód, który wkrótce doszedł do tych samych rozmiarów, jak poprzedni, a pacyjentka zrozpaczona zgłosiła się w pierwszych dniach października powtórnie na mój oddział, błagając, aby ją doszczętnie uwolnić od dręczącego ją kalectwa.

Gdy ponowna plastyka przez zesunięcie płatów, jednego bocznego, a drugiego z podeszwy, i tym razem zawiodła z powodu obumarcia płatu bocznego, nie pozostawało mi nic innego, jak uciec się do autoplastyki Maasa, t. j. przygoić płat wzięty z przeciwnéj, t. j. lewéj, łydki na świeżo okrwawionéj pięcie prawéj; do heteroplastyki bowiem czy to sposobem Reverdina, czy też powyżéj opisanym sposobem Esmarcha nie mogłem w tym przypadku nabrać zaufania z powodu, że tu nie o samo pokrycie ubytku się rozchodziło, lecz o zastąpienie go takim materyjałem, któryby mógł wytrzymać ciężar ciała, a tego od płatków skóry, nawet większych, z góry spodziewać się nie mogłem.

Mając przystąpić do autoplastyki Maasa rozpatrywałem się w jéj szczegółach i wyznać muszę, że mię odstraszyła na razie ta okoliczność, iż mam polecić choréj leżeć nieruchomo, jakby za karę, z odnogami w niedogodnéj pozycyi razem zgipsowanemi przez dni ośm do dziesięciu. Dla tego pozostawiłem sobie sposób ten w rezerwie na przypadek, gdyby mi się nie udało przenieść zdrowego i jędrnego płatu skóry z łydki na téj saméj, tj. prawéj, odnodze położonego, a do urzeczywistnienia tego przedsięwzięcia powziąłem następujący plan.

Aby płat z téj saméj łydki mógł dostać się aż do pięty, potrzeba do tego wązkiéj i długiéj szypułki, co, jak wiadomo, staje się przyczyną złego odżywienia, a następnie obumarcia płatu; chcąc przeto temu zapobiedz, postanowiłem wykonać z nim powolną wędrówkę, w którymto celu wykroiłem płat z łydki z krótszą szypułką, niżby to wystarczało na przeniesienie go na piętę, z podstawą tuż nad kostką zewnętrzną położoną i wykręciłem go ku dołowi tak, że on znalazł miejsce w bocznych częściach pięty, które poprzednio odświeżyłem. W ten sposób płat nie uległ obumarciu, a boczna część i kawałek podeszwowéj pięty u choréj pokryły się grubym jędrnym płatem, wystającym znacznie nad resztę skóry téj okolicy wiotkiéj i źle odżywionéj. Po dziesięciu dniach, gdy miałem zupełną pewność, że płat ten przyjął się na nowém miejscu swego pobytu, przystąpiłem do drugiéj części operacyi, t. j. odświeżyłem resztę pięty niepokrytéj w kształcie trójkąta i pokryłem płatem prostokątnym wykrojonym z odzyskanéj przez poprzednie przesiedlenie jędrnéj części bocznéj. Wynik był wyborny, albowiem nowy płat drugorzędny czyli wędrowny utrzymał się dobrze i doczekałem się przecież, że pięta pokryła się płatem jędrnym, który dobrze się utrzymuje i już obecnie w kilka tygodni po ostatnim rękoczynie choréj przechodzić się pozwala.

Z opisu tego wynika, że moja metoda, chociaż zastósowana dopiero w jednym, lecz z rzędu najuporczywszych przypadków, okazuje się w porównaniu z metodą Maasa o wiele łatwiejszą, wcale chorego nienużącą, a co do wyników zupełnie na równi stojącą.

Polecając ją uwadze szanownych kolegów dodaję, że dla łatwiejszego porozumienia się nazwałem ją „plastyką wędrującą“ czyli w jednym acz z barbarzyńskiéj łaciny zapożyczonym wyrazie „migroplastyką“.

W końcu nadmienić muszę, że prawie równocześnie nadarzyła mi się sposobność wypróbowania téj metody w innym kierunku, a mianowicie po przypadku operacyi plastycznéj, przedsięwziętéj z powodu zapadnięcia nosa. U dziewczyny 17-stoletniéj Sali H., dotkniętéj kiłą wrodzoną, przyszło pomimo odpowiedniego leczenia do utraty przegrody nosowéj a w następstwie do zapadnięcia końca nosa wraz z lewém skrzydłem bliznowato zmienionem. Wykonałem u niéj podniesienie zapadniętych części za pomocą operacyi plastycznéj, opisanéj przezemnie w 10tym Nrze Przegl. Lek. z r. 1886, (a po niemiecku w XXIV tomie *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*), aby późniéj przystąpić do wytworzenia przegrody. Gdy jednak w dalszym przebiegu okazało się, że wykonanie tego przedsięwzięcia jest niemożebnem, z tego prostego powodu, iż za szczupły otwór nosowy nie nadawał się do umieszczenia w nim przegrody, postanowiłem przynajmniéj tak obniżyć koniec nosa, aby tenże mógł pojedynczy otwór nosowy przysłonić i tym sposobem brak przegrody zamaskować. Cel ten udało mi się osiągnąć właśnie przez zastósowanie „wędrującéj plastyki“, albowiem płat poprzednio w lewém skrzydle umieszczony a z lewego policzka wzięty, posunąłem ku dołowi wraz z końcem nosa i prawém skrzydłem, a ubytek przez to powstały w saméj połowie nosa zastąpiłem drugim płatem, wziętym z prawéj bocznéj powierzchni nosa i policzka. Szanowni koledzy, którzy widzieli pacyjentkę przedstawioną na posiedzeniu Tow. Lek. krak. w dniu 1go grudnia 1886 odbytém, mieli sposobność przekonania się, że zgrabność nowo wytworzonego, a raczéj z głębi wydobytego, nosa nie dawała wiele do życzenia.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.